
Inhalt

1	Einleitung	6
1.1	Gewalt gegen in Notaufnahmen beschäftigtes Personal	6
1.2	Ursachen für die Entstehung von Gewalt im Bereich der Notaufnahmen	11
1.2.1	Patientenabhängige Faktoren	11
1.2.2	Patientenunabhängige Faktoren.....	13
1.2.3	Überfüllung als Ursache der Gewalt	14
1.3	Konzepte zur Verhinderung von Gewalt im Bereich der Notaufnahmen	15
1.3.1	Strukturelle Maßnahmen	15
1.3.2	Organisatorische Maßnahmen.....	16
1.3.3	Personenbezogene Maßnahmen	17
1.4	Auswirkungen von Gewalterleben auf das Personal.....	19
2	Eigene Originalarbeiten.....	21
2.1	<i>„Aggressives und herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal. Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung in den Notfallbereichen der Charité-Universitätsmedizin Berlin“</i>	21
2.2	<i>„Überfüllung der Notaufnahmen. Gründe und populationsbezogene Einflussfaktoren“.....</i>	29
2.3	<i>„Mit dem Rettungsdienst direkt in die Arztpraxis- eine wirkungsvolle Entlastung der Notaufnahmen? Analyse von notfallmedizinischen Routinedaten aus Präklinik und Klinik“</i>	41
2.4	<i>“Medical History of Elderly Patients in the Emergency Setting: Not an Easy Point-of-Care Diagnostic Marker”</i>	54
2.5	<i>„Sicherheitsinfrastruktur in deutschen Notaufnahmen. Ergebnisse einer DGINA-Mitgliederbefragung“</i>	62

2.6	<i>„Erleben von aggressivem Verhalten in der Notaufnahme nach Etablierung eines Deeskalationstrainings. Zweite Mitarbeiterbefragung in den Akutbereichen der Charité-Universitätsmedizin Berlin“</i>	69
3	Diskussion	79
4	Zusammenfassung und Ausblick	88
5	Literaturangaben	91
	Danksagung	96
	Erklärung	97

Abkürzungen (alphabetisch sortiert)

BT-Drucks.

Bundestags-Drucksache

BTM

Betäubungsmittel

DGINA

Deutsche Gesellschaft für Notfall- und Akutmedizin

Auszug aus einer anonymen, schriftlichen Beschwerde über die Behandlung in der Notaufnahme (04/2018, Charité, Campus Virchow Klinikum):

„(...) Ich werde die Notaufnahme und den angeblichen Arzt für Innere Medizin aufsuchen (unter Begleitung bezahltem Personenschutzes) und fässt er mich nur einmal an, wird er sofort liquidiert und dann meine lieben Gaga-Mediziner werde ich auch sagen, er habe schon immer gebrochene Rippen und Nase gehabt.(...)Wollen wir es mal so sagen, ich bin so wieder bei Kräften, ich könnte ihren Arzt packen und seinen Kopf auf der Bordsteinkante kaputt treten. Was er ausgeführt hat, war versuchter Mord und Totschlag sowie obendrein unterlassene Hilfeleistung. (...)“

1 Einleitung

Fast täglich kann man Berichte über eine zunehmende Anzahl von Übergriffen auf Polizei- und Rettungskräfte oder Behinderungen derselben verfolgen. Um der Gewalt gegen Polizei und Rettungskräfte Einhalt zu gebieten, wurde im Jahr 2017 das „Gesetz zur Stärkung des Schutzes von Vollstreckungsbeamten und Rettungskräften“ nach einem Gesetzesentwurf der Fraktionen von CDU/CSU und SPD (BT-Drucks. 18/11161 vom 14.02.2017) verabschiedet. In diesem lautet es: *„Respekt und Wertschätzung verdienen aber auch die Hilfskräfte der Feuerwehr, des Katastrophenschutzes und der Rettungsdienste. Ein Angriff auf sie ist zugleich ein Angriff auf die öffentliche Sicherheit, da er zu einer Beeinträchtigung der Hilfeleistung führen kann. Die vorgeschlagenen Änderungen werden daher auch auf sie übertragen.“*

Das Personal von Notaufnahmen oder anderer Krankenhausbereiche fand hierin noch keine Erwähnung. Im Fahrwasser der zunehmenden öffentlichen Diskussion zur Überfüllung von Notaufnahmen und langen Wartezeiten, erhält auch die Gewalt gegen das in Notaufnahmen beschäftigte Personal in Deutschland mehr mediale Aufmerksamkeit.

1.1 Gewalt gegen in Notaufnahmen beschäftigtes Personal

Erste Berichte über eine gegen das in Notaufnahmen beschäftigte Personal gerichtete Gewalt stammen aus der Mitte der 1990er Jahre aus den Vereinigten Staaten von Amerika (USA), unter anderem aus einem Militärkrankenhaus in Portland/Oregon (1, 2), das durch eine hohe Anzahl männlicher Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen und/oder Betäubungsmittelmissbrauch bzw. -abhängigkeit charakterisiert war. Aber auch für ein ziviles Krankenhaus in Kalifornien (USA) zeigten Pane et al. (3) in einer retrospektiven Untersuchung anhand der erfolgten Polizeieinsätze und der Aufzeichnungen des Personals der Notaufnahme, dass im zurückliegenden Jahr täglich durchschnittlich zwei Polizeieinsätze zum Schutz des Personals erfolgten. Im weiteren Verlauf folgten weitere Publikationen zum Thema aus den USA, aber auch aus anderen Ländern. Exemplarisch werden im Folgenden einige Publikationen aufgeführt:

May et al. (4) verglichen die Rate verbal und physisch erlebter Gewalt von Pflegekräften einer Intensivstation, einer Notaufnahme und einer Normalstation eines Akutkrankenhauses im Bundesstaat Florida (USA) miteinander. Sie stellten fest, dass 100 % der Pflegekräfte der Notaufnahme in den zurückliegenden 12 Monaten verbale und 82 % physische Gewalt erlitten hatten. Die Rate lag höher, als in den anderen beiden befragten Bereichen (4).

Kowalenko et al. (5) befragten 250 zufällig ausgewählte Notfallmediziner aus dem Bundesstaat Michigan (USA) postalisch (Auswertungsquote 68 %, n= 171) nach ihren arbeitsplatzbezogenen Gewalterlebnissen der zurückliegenden 12 Monate. 75 % der Befragten wurden mindestens einmalig verbal bedroht und rund 30 % körperlich angegriffen. Insbesondere unerfahrenere Ärzte wurden Opfer von Gewalt. Ärztinnen waren häufiger von körperlicher Gewalt betroffen als Ärzte (5).

Blenheim et al. (6) wählten Ärzte aus 65 zufällig ermittelten Ausbildungsprogrammen zum Notfallmediziner in den USA aus, um diese zu ihren Gewalterlebnissen zu befragen. Die Autoren erhielten 263 auswertbare Unterlagen. Über drei Viertel der Befragten berichtete von mindestens einem arbeitsplatzbezogenen Gewalterlebnis in den letzten 12 Monaten, jeder Fünfte über mehrere. Es gab hierbei keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Beschäftigte größerer Notaufnahmen (> 60.000 Fälle/Jahr) waren signifikant häufiger gewalttätigen Handlungen ausgesetzt. Am häufigsten wurden verbale Bedrohungen dokumentiert (75 %). Der Anteil der von einem körperlichen Übergriff Betroffener lag bei 21% (6).

In einer retrospektiven Studie beschrieben Gates et al. (7) nach einer Befragung von 242 Angestellten in fünf Krankenhäusern im Mittleren Westen der USA, dass 98 % der Pflegekräfte und 96 % der Ärzte in den vorangegangenen sechs Monate beschimpft und 83 % der Ärzte und 78 % der Pflegekräfte bedroht wurden. 44 % der Pflegekräfte wurden zudem (verbal) sexuell belästigt. Über mindestens einen Vorfall physischer Gewalt berichteten 67 % der Pflegekräfte und 51 % der Ärzte. Im untersuchten Kollektiv wurden 319 Übergriffe von Patienten und 10 von Angehörigen dokumentiert, wobei es zu 32 Verletzungen kam. Vier Betroffene suchten wegen dieser Gewalterfahrung medizinische Hilfe auf, ein Betroffener begab sich in psychologische Betreuung (7).

Fernandes et al. (8) berichteten in einer retrospektiven Studie über die Gewalterfahrungen von 106 Mitarbeitern (n= 63 männlich; u.a. n= 47 Pflegepersonal, n= 19 Sicherheitsdienst und

n= 19 Ärztliches Personal) einer Notaufnahme in Vancouver (Kanada) im Jahr 1996. 68 % der Befragten gaben an, dass sie eine Zunahme der Inzidenz von Gewalt allgemein bemerkten und 60 % (ebenso eine Zunahme der Schwere der Gewalt. 62 % wurden körperlich angegriffen und 87 % verbal bedroht. Die meisten körperlichen Angriffe erlitt das Personal des Sicherheitsdienstes, gefolgt von den Pflegekräften.

Die Rate an erlittener, verbaler Gewalt ist höher als die an körperlicher Gewalt und scheint Pflegekräfte und Ärzte gleichermaßen zu betreffen. Das Pflegepersonal scheint etwas häufiger als Ärzte physische Gewalt zu erleiden.

In Europa befragten Rose et al. (9) erstmals 1997 36 Pflegekräfte sowie 13 nicht-medizinische Arbeitskräfte in einer Notaufnahme in Dublin schriftlich über ihre zurückliegenden Gewalterfahrungen. 27 der Pflegekräfte und neun der weiteren Mitarbeiter antworteten, was zunächst von großem Interesse an dieser Thematik zeugt. Die Hälfte aller Pflegekräfte war im Rahmen ihrer Tätigkeit bereits verbaler oder brachialer Gewalt ausgesetzt, ein Drittel im letzten Jahr.

Ryan et al. (10) kamen bei der Auswertung einer Befragung von 37 Pflegekräften (aus zwei irischen Notaufnahmen) zu ihrem Gewalterleben im vergangenen Monat zu dem Ergebnis, dass 89 % von ihnen Opfer verbaler Attacken und 81 % von Bedrohungen im Speziellen waren.

Estryn-Behar et al. (11) führten eine Befragung von 39.894 Pflegekräften aus zehn europäischen Ländern („Nurses Early Exit Study“, „NEXT- Study“) durch. Diese war nicht auf das Personal von Notaufnahmen beschränkt. Es zeigte sich jedoch, dass das Pflegepersonal von Notaufnahmen (wie auch das von Psychiatrien und Geriatrien) signifikant häufiger von Gewalt betroffen war als andere Arbeitsplätze im klinischen Bereich.

Crilly et al. (12) untersuchten das Gewalterleben vom Pflegepersonal in zwei Notaufnahmen in Australien. Von 71 Befragten berichteten 50 (70 %) über 110 Vorfälle von Gewalt in den letzten fünf Monaten. 61 % wurden beleidigt, 10 % gestoßen oder geschubst, je 3 % geschlagen oder getreten. Talas et al. berichten nach einer Befragung von 270 Mitarbeitern aus sechs Notaufnahmen in Ankara (Türkei), dass 41 % körperlich angegriffen, rund 80 % verbal beleidigt, 55 % bedroht, sowie knapp 16 % im zurückliegenden Jahr sexuell belästigt wurden.

Die Gewalt gegen das Personal von Notaufnahmen ist ein internationales Problem.

Ferns et al. (13) vertreten die Meinung, dass es sich bei der Gewalt in Notaufnahmen um ein Thema handelt, welches aufgrund der Uneinheitlichkeit der bisherigen Studien und einer grundsätzlichen Unterschätzung bei ihrer Erfassung noch viele Fragen offen lässt. Laut den Ergebnissen der Umfrage von Rose et al. werden die meisten verbalen Aggressionen gar nicht erst dokumentiert (selbst bei vorhandenen Möglichkeiten). Bei der physischen Gewalt hatten 29 % der Befragten den letzten Übergriff nicht gemeldet. Als Grund für die schlechte Dokumentation der Vorfälle wurde die fehlende Konsequenz bzw. eine mangelnde Unterstützung durch den Arbeitgeber genannt (9). Zu vergleichbaren Ergebnissen kamen Jenkins et al. (14) nach einer postalischen Umfrage an 273 Chefärzte von 310 Notaufnahmen im Vereinigten Königreich (UK) und Irland. Sie hielten fest, dass die Dokumentation der Gewalterlebnisse unzureichend ist und die Täter nur selten bestraft werden. Gates et al. berichten sogar von 65 % nicht- dokumentierter Gewalterlebnisse in US- amerikanischen Notaufnahmen (7).

Durch eine Unterdokumentation wird die Inzidenz der Gewalt in ihrem Ausmaß vermutlich unterschätzt.

Für eine systematische Literaturübersicht zu der von Patienten und Angehörigen ausgehenden Gewalt in Krankenhäusern werteten Hahn et al. (15) 31 Studien aus, davon waren 26 retrospektive Befragungen auf Basis von Fragebögen. Wie bereits Ferns et al. (13) schlussfolgerten die Autoren, dass aufgrund der Betrachtung von verschiedenen definierten Arten von Gewalt, einer unterschiedlichen Methodik sowie voneinander abweichender retrospektiver Betrachtungszeiträume, kaum eine Vergleichbarkeit der Studien gegeben sei.

Die Studien zu der von Patienten und Angehörigen ausgehenden Gewalt sind meist retrospektiv und kaum vergleichbar, da die untersuchten Arten von Gewalt abweichend definiert sind und verschiedene Studiendesigns zur Anwendung kommen.

In einem aktuellen, systematischen Literatur-Review und einer Metaanalyse zum Auftreten von Gewalt in Notaufnahmen berichten Nikathil et al. (16) auf Basis von 22 Studien (12 waren retrospektiv meist über 12 Monate, 21 wurden in städtischen Notaufnahmen durchgeführt), dass es unter Berücksichtigung aller Arten von Gewalt bei 36 von 10.000 Behandlungsfällen zu gewalttätigen Ereignissen kommt. Speziell-psychiatrische Notaufnahmen waren aus der

Analyse ausgeschlossen. In allen Studien dominierte die verbale Gewalt. Die höchsten Raten fanden die Autoren in der Studie von Pane et al. (3) mit 172 Vorkommnissen auf 10.000 Patientenbehandlungen. In allen eingeschlossenen Studien waren Patienten häufiger als Angehörige für die Gewaltausübung verantwortlich. Die meisten Vorfälle wurden ab dem Nachmittag und bis in die Nachtschicht reichend verzeichnet (16).

In den meisten Fällen geht die Gewalt vom Patienten selber aus.

1.2 Ursachen für die Entstehung von Gewalt im Bereich der Notaufnahmen

Die Notaufnahme ist naturgemäß ein Ort, mit welchem Menschen meist völlig unerwartet als Patienten oder Angehörige konfrontiert werden. In diesen Situationen sind sie oftmals voller Angst und Sorge oder erleiden Schmerzen. Durch die Ungewissheit über die Ernsthaftigkeit der Erkrankung, aber auch durch einen Mangel an Vorerfahrung über die Prozesse der Notfallmedizin herrschen oftmals Angespanntheit und Nervosität vor.

1.2.1 Patientenabhängige Faktoren

Erste Studien zu Ursachen von Gewalt in Notaufnahmen fokussieren auf besondere Patientengruppen, die hierfür verantwortlich gemacht wurden. Diese werden als männlich und vom Betäubungsmittel (BTM)-missbrauch geprägt und/oder psychisch erkrankt definiert (1-3, 17). Auch heute scheint der BTM-Missbrauch eine wesentliche Rolle zu spielen und wird für bis zu 50 % der Vorfälle mitverantwortlich gemacht (14, 16-18).

Patienten mit Betäubungsmittelmissbrauch oder psychiatrischen Erkrankungen werden für einen Großteil der Gewalt in Notaufnahmen verantwortlich gemacht.

Knowles et al. berichten in einer „mixed-methods“ Studie zu Prävalenz und Qualität von Gewalt, welche sie in vier Notaufnahmen in Nordengland durchführten und dafür 16 Mitarbeiter interviewten (davon 12 Krankenschwestern), dass diese neben dem Substanzmissbrauch, der Angst und Schmerzen des Patienten auch eine zunehmende Anspruchshaltung bezüglich der Dauer und Art der Versorgung auf Patientenseite für ursächlich halten. Insbesondere die jüngere Generation habe eine „Nicht Warten-Können“-Mentalität und würde auf ihren eigenen Vorteil bedacht sein (19). Es herrscht oftmals die Anspruchshaltung, dass im Rahmen der Behandlung in der Notaufnahme alle möglichen statt nur alle notwendigen diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden müssen, um auch chronische Beschwerden abzuklären.

In einer Literaturübersicht von Spector et al. zur Quantifizierung der Gewalt gegen Pflegekräfte im Gesundheitssystem verschiedener Länder weltweit wurden Daten von über 150.000 Pflegekräften aus 160 Studien eingeschlossen (20). 36,4 % berichteten, körperliche und 66,9

%, verbale Gewalt erlitten zu haben. Rund 40 % wurden schikaniert und 25 % sexuell belästigt. Beinahe 33 % der Pflegekräfte wurden bei Übergriffen körperlich verletzt. Spector et al. beschreiben, dass körperliche Gewalt in Bereichen der Gesundheitsversorgung weltweit am häufigsten in den Notaufnahmen sowie in psychiatrischen und geriatrischen Einrichtungen auftritt.

Der ältere Patient wird zunehmend in den Notaufnahmen der Krankenhäuser versorgt. Er stellt mit dem medizinischen Risiko der Multimorbidität, aber auch seinen speziellen sozialen Bedürfnissen, eine besondere Herausforderung für die Behandlung in der Notaufnahme dar (21, 22). Bereits 1995 verglichen Ganzini et al. in Notaufnahmen gewalttätig gewordene ältere (> 60 Jahre) und jüngere Patienten (2). Über 80 % der Älteren waren psychiatrisch erkrankt oder alkoholabhängig. Delirante Zustände, die bei rund jedem Zehnten dieser Patienten vorhanden sind, werden oftmals nicht oder zu spät erkannt (23) und können eine Gefährdung für das Personal in Form gewalttätiger Handlungen darstellen.

Groening et al. bezifferten den Anteil der geriatrischen (hier > 70 Jahre) Patienten nach einer Umfrage unter den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) auf 30 % (24). Mehr als ein Drittel dieser Patienten hat kognitive, visuelle oder akustische Einschränkungen. Dies kann insbesondere bei der sektorenübergreifenden Versorgung zu einem Informationsdefizit führen, welches die Behandlung verzögert und zu längeren Aufenthalten dieser vulnerablen Patientengruppe mit der Gefahr einer Aggravation der Situation führt (25-27). Die von älteren und dementen Patienten ausgehende Gewalt wird oftmals von den Beschäftigten der Notaufnahmen nicht als solche wahrgenommen und somit auch nicht dokumentiert, da der Aggressor nicht für diese verantwortlich gemacht wird (28-30). Somit ist von einer deutlichen Unterschätzung der von älteren Patienten ausgehenden Gewalt auszugehen. In einer Befragung von Pflegekräften in Alterspflegeheimen gaben 40 % an, im letzten Jahr Gewalt erlitten zu haben. 18 % berichteten von täglichen Gewalterlebnissen. In 76 % der Fälle handelte es sich um körperliche Gewalt (31).

Von Älteren ausgehende Gewalt ist mehrheitlich physischer Natur. Da Ältere als Verursacher meist nicht als verantwortlich für ihr Handeln angesehen werden, wird von einer Unterdokumentation der Ereignisse ausgegangen.

1.2.2 Patientenunabhängige Faktoren

An patientenunabhängigen Faktoren scheint die Berufserfahrung des Personals eine Rolle zu spielen. Examinierte Pflegekräfte werden weniger oft Opfer von Übergriffen als in Ausbildung befindliche (32). Gewalt wird vermehrt in den Spät- und Nachtschichten dokumentiert (3, 11). Bereits 1998 beschreiben Jenkins et al. (14), dass lange Wartezeiten als eine weitere Ursache für die Entstehung von Aggression und Gewalt von den befragten Chefärzten von Notaufnahmen angesehen werden. Lange Wartezeiten sind nicht vereinbar mit den von Knowles (19) erwähnten gestiegenen Erwartungshaltungen der Patienten an eine Notfallbehandlung. Außerdem ist nach Knowles et al. eine schlechte Kommunikation von Seiten der Mitarbeiter gegenüber den Patienten mitverantwortlich für die Entstehung von Konflikten (19). In einer weiteren qualitativen Befragung von 12 kürzlich mit einem Gewalterlebnis konfrontierten Pflegekräften einer irischen Notaufnahme zu den Gründen von Gewalt an ihrem Arbeitsplatz, kommen Angland et al. zu ähnlichen Ergebnissen. Sie betonen die Kritik an der Art und Weise der Kommunikation des Personals untereinander und mit den Patienten, die nicht empathisch und ausreichend geführt würde. Unter anderem seien der Mangel an Zeit und Stress dafür verantwortlich. Für die kritikwürdige Kommunikation mit dem Patienten seien aber auch schlechte Erfahrungen und eine daraus entstandene Angst und Verletzbarkeit auf Seiten des Personals mitursächlich (33). Morphet et al. äußern nach einer Delphi- Befragung von über 150 australischen Pflegekräften, dass neben langen Wartezeiten und Drogenmissbrauch auch die mangelnde Kommunikation mit dem Patienten ursächlich für die Entstehung von Gewalt in der Notaufnahme ist (34).

Durch eine Zunahme der Inanspruchnahme von Notaufnahmen kommt es zu längeren Warte- bzw. Behandlungszeiten. Dieses führt sowohl beim Patienten als auch beim Personal zu Unmut und fördert die Entstehung von aggressivem Verhalten. Negativ unterstützend scheint eine schlechte Kommunikation von Seiten des Personals zu sein.

1.2.3 Überfüllung als Ursache der Gewalt

Durch eine zunehmende Nutzung der Notaufnahmen ohne entsprechende Anpassung der Ressourcen kann es zu langen Wartezeiten bzw. einer Verlängerung der Gesamtbehandlungszeit kommen. Auf Seiten des Personals können als Konsequenz Überforderungssituationen auftreten. Solche erhöhten Inanspruchnahmen der Notaufnahmen werden als Überfüllung („crowding“) bezeichnet und beinhalten die Gefahr einer schlechteren medizinischen Versorgung (35) und unzureichenden Kommunikation (33). Auf der Seite der Patienten und Angehörigen führen insbesondere lange Wartezeiten zu einer Unzufriedenheit. Die Überforderungssituation fördert die Frustration der Beschäftigten (36). Medley et al. untersuchten, ob es einen Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der Notaufnahme und dem Vorkommen von Gewalt gibt. Sie fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen Tagen mit einer über dem Durchschnitt liegenden Inzidenz von Gewalt und dem Patientenaufkommen des jeweiligen Tages. An den Tagen mit einem gesteigerten Vorkommen von Gewalt waren auch Surrogatparameter für eine Überfüllung, wie zum Beispiel die Behandlungszeit, die Patientenzahl pro Arzt oder pro Pflegekraft erhöht (37).

1.3 Konzepte zur Verhinderung von Gewalt im Bereich der Notaufnahmen

In einer systematischen Literaturübersicht (2004-2009) zur gegen das Personal von Notaufnahmen gerichteten Gewalt kommen Taylor et al. zu dem Ergebnis, dass es trotz einer uneinheitlichen und retrospektiven Erfassung eigentlich ausreichend Daten zur Inzidenz von Gewalt und zu den Auswirkungen derselben auf das Personal gibt, aber kaum Daten bezüglich evidenz-basierter, sinnvoller Interventionen (38) zur Prävention von Gewalt existieren. Ähnlich äußern sich Anderson et al., welche im Jahr 2010 beklagten, dass es immer noch um die Beschreibung des Problems gehe, eine Lücke aber in der wissenschaftlichen Evaluierung von Gegenmaßnahmen zu füllen sei (39).

Mögliche Interventionen können struktureller, organisatorischer oder personenbezogener Natur sein (40).

1.3.1 Strukturelle Maßnahmen

Eine der ersten strukturellen Maßnahmen mit welcher international auf die zunehmende Gewalt in den Notaufnahmen reagiert wurde, ist die Vorhaltung von Sicherheitspersonal im Bereich der Notaufnahme (14, 41). Die Präsenz wird durchaus auch kritisch gesehen, da die Anwesenheit von Sicherheitspersonal auch eine Gewalt provozierende Wirkung haben kann (6, 42). Gillespie et al (43) wiesen darauf hin, dass es wichtig sei, den Sicherheitsdienst schon frühzeitig in Situationen einzubinden, welche zu eskalieren drohen und dass dieser seine Rolle in den verschiedenen Szenarien in Interaktion mit dem Pflegepersonal der Notaufnahmen kennen muss. In einigen Notaufnahmen erfolgte im Verlauf die Ausstattung des Sicherheitsdienstes mit elektronischen Waffen (44-46).

Insbesondere an urbanen Notaufnahmen wurden als weitere strukturelle Maßnahme Metalldetektoren installiert, um das Mitführen von Waffen im Notaufnahmebereich durch Patienten oder deren Begleitungen zu verhindern (47). Meyer et al. befragten 176 Patienten und deren Angehörige sowie 95 Beschäftigte der Notaufnahme zu deren Sicherheitsempfinden durch den Einsatz eines Metalldetektors (48). 89 % der Patienten und Angehörigen sowie fast drei

Viertel der Angestellten gaben an, sich sicherer zu fühlen. Rund 10 % in beiden Gruppen fühlten sich in ihrer Privatsphäre gestört. In der Studie von Benham et al. (6) zu Gewaltsituationen in Notaufnahmen in Michigan (USA) verfügten 98 % der Notaufnahmen über eine 24-stündige Erreichbarkeit von Sicherheitspersonal, 38 % über einen Metalldetektor und 40 % untersuchten die Patienten und Angehörigen auf Waffen. Die Installation von Kameraüberwachungssystemen, Fluchträumen („panic rooms“), Fluchtwegen und Notfallknöpfen sowie Zugangsbeschränkungen sind weitere strukturelle Maßnahmen zur primären und sekundären Prävention von Gewalt. Eine Anpassung der Architektur (49) und Ausstattung des Bereichs (Warteraumgröße, Licht, Zugang zum Außenbereich, Getränke, elektronische Informationstafeln über die voraussichtliche Wartezeit) (50) kann hilfreich sein, aggressives Verhalten primär zu verhindern.

1.3.2 Organisatorische Maßnahmen

Als wesentliche organisatorische Intervention wird in der Literatur die Einrichtung eines niederschweligen Dokumentationssystems für die vom Mitarbeiter erlebte Gewalt empfohlen, um für eine entsprechende Aufmerksamkeit und Änderung der Einstellung zur Gewalt am Arbeitsplatz „Notaufnahme“ zu sorgen. Dem Personal der Notaufnahmen muss entgegen der weit verbreiteten eigenen Einstellung verdeutlicht werden, dass die Exposition gegenüber Gewalt kein natürlicher Bestandteil ihres Berufes ist (51). Vorfälle müssen konsequent von der Krankenhausleitung und der Justiz verfolgt werden, um insbesondere wiederholte Übergriffe einzelner Personen durch eine „Null-Toleranz-Haltung“ (52) zu vermeiden und andere davon abzuschrecken (34, 53). Das Krankenhausmanagement trägt eine wesentliche Verantwortung dafür, das Personal auf eine wahrscheinliche Gewaltkonfrontation vorzubereiten und diese mit allen Mitteln zu bekämpfen (54).

Es liegt eine wesentliche Verantwortung beim Krankenhausträger, dem Personal zu verdeutlichen, dass das regelmäßige Erleben von verbaler und physischer Gewalt nicht Bestandteil ihres Berufes ist. Nach außen muss eine Null-Toleranz Politik kommuniziert werden.

1.3.3 Personenbezogene Maßnahmen

In einer Stellungnahme zweier US-amerikanischer Organisationen der Pflegekräfte aus Notaufnahmen werden neben Leitlinien zum Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz auch prioritäre Empfehlungen zu Interventionen formuliert (55, 56), um das Vorkommen von arbeitsplatzbezogener Gewalt zu reduzieren. Neben den bereits erwähnten Punkten wird das Training der Mitarbeiter in der Früherkennung von und der Reaktion auf Gewalt gefordert. Die Organisation kann interprofessionelle „Deeskalationsteams“ (57) etablieren und spezielle Programme zur individuellen oder Team-Fortbildung des Personals vor Ort zur primären und sekundären Prävention von aggressiven Verhaltensweisen festlegen. Unter diesen persönlichen Interventionen werden Kommunikations- und Deeskalationstrainings (52, 58-62), sowie Fixierungstechniken und Simulationstrainings (63, 64) im Umgang mit aggressiven Patienten und Angehörigen verstanden (56).

Interventionen können struktureller, organisatorischer oder personenbezogener Natur sein. Keine Intervention ist ausreichend evaluiert, um sie uneingeschränkt als präventive Maßnahme empfehlen zu können.

Über einen zumindest temporären Erfolg berichten Fernandes et al. (65), nach einem vierstündigen Trainingsprogramm an ca. 200 Beschäftigten einer Notaufnahme in Vancouver (Kanada). Sie dokumentierten die erlebte Gewalt der Beschäftigten vor dem Training, sowie drei bzw. sechs Monate nach der Absolvierung des Trainings. Nach drei Monaten war eine Absenkung der verbal und körperlich erfahrenen Gewalt zu verzeichnen, allerdings stieg die Rate nach sechs Monaten wieder an, wenn auch nicht auf das Niveau des Ausgangswertes.

Gillespie et al. untersuchten die Effektivität eines Interventionsprogramms zur Gewaltprophylaxe von körperlichen Übergriffen und Androhungen von Gewalt über 18 Monate an 209 Beschäftigten in drei Notaufnahmen unterschiedlich großer Krankenhäuser (lokales Krankenhaus, Krankenhaus mittlerer Größe und Traumazentrum) in den Vereinigten Staaten von Amerika. Den ausgewählten Notaufnahmen wurde jeweils eine gleichartige Notaufnahme ohne

Intervention als Kontrolle zugeordnet. Die Intervention bestand aus strukturellen und organisatorischen Maßnahmen sowie aus Weiterbildung und Training einer interprofessionellen Mitarbeitergruppe über drei Monate hinweg (66). Es konnte gezeigt werden, dass die Gewalt- und Gewaltandrohungsraten in allen drei Notaufnahmen mit Intervention, aber auch in allen drei Kontrollnotaufnahmen nach 18 Monaten signifikant abfiel, was die Autoren auf andere, während der Beobachtungsphase initiierten, übergreifenden Programme zurückführten (67). Die Arbeitsgruppe um Gillespie konnte ebenso zeigen, dass die Inhalte des von Ihnen konzipierten „hybriden“ Trainings, bestehend aus Online- und Anwesenheitstraining, über den Zeitraum von sechs Monaten fortbestehend bei den Mitarbeitern abrufbar waren (68).

Im Rahmen der individuellen Prävention wurden verschiedene Konzepte/Programme zur Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit Gewalt erarbeitet. Eine Vergleichbarkeit ist durch die Varianz der Programme nicht gegeben.

In einer Auswertung von Fokusgruppeninterviews berichteten Gates et al. (52), dass ein weiterer wichtiger Punkt die Nachsorge von erlebten Übergriffen oder Bedrohungen sei. Es sollte neben einem kollegialen Gespräch im Nachgang zu der Situation auch sichergestellt sein, dass erlittene körperliche und seelische Verletzungen behandelt wurden, bevor der Betroffene wieder zur Arbeit erscheint. In der Studie von Fernandes et al. (8) nutzten nach der kollegialen Ersthilfe die meisten von Gewalt betroffenen Pflegekräfte Sport, Schlaf und die Gemeinschaft in der Familie oder mit Freunden als Bewältigungsstrategien.

1.4 Auswirkungen von Gewalterleben auf das Personal

Gewalterfahrungen am Arbeitsplatz können mittelfristig und langfristig negative Folgen für die Mitarbeiter der Notaufnahme selbst (körperliche und seelische Verletzungen) und auch für das Krankenhaus (Ausfall der Arbeitskraft) und das Gesundheitssystem haben. In letzter Konsequenz könnten Gewalterfahrungen der Mitarbeiter also zusätzliche Kosten verursachen (69, 70). In der akuten Phase nach einem Gewalterleben besteht die Gefahr, dass der betroffene Mitarbeiter und das im Dienst befindliche Team nicht mehr in der Lage sind, weiterhin eine entsprechende Patientenversorgung zu gewährleisten und die Qualität der medizinischen Versorgung absinkt (19, 71-73). Wolf et al. führten eine Statistik des US-amerikanischen Arbeitsministeriums an, nachdem 2010 die meisten verletzungs- und krankheitsbedingten Fehltage im Gesundheitssystem als Folge von Gewalt gegen das Personal verzeichnet wurden (73). Neben körperlichen Verletzungen (74), können Gewalterfahrungen bei Pflegekräften zu posttraumatischen Stressreaktionen und Burnout führen (32, 75). In der bereits erwähnten, europäischen „NEXT- Study“ („Nurses Early Exit Study“) stellten Estryng-Behar et al. (11) fest, dass es einen Zusammenhang zwischen der Rate des Gewalterlebens und der Entwicklung eines Burnouts, bzw. dem Wunsch, den Arbeitsplatz oder den Beruf zu wechseln, gibt. Fernandes et al. (8) beschrieben nach einer retrospektiven Befragung von Mitarbeitern einer Notaufnahme, dass 38 % (n= 39) der Befragten aufgrund der erlebten Gewalt einen Jobwechsel in Betracht zogen, da ihr Wohlbefinden stark gelitten habe. Über 80 % der 171 Notaufnahme-Ärzte in Michigan (USA) berichteten in der Studie von Kowalenko et al. (5) über zeitweilige und 10 % über häufige Ängste am Arbeitsplatz. 16 % dachten aufgrund der Gewalterfahrungen darüber nach, das Krankenhaus zu verlassen. Hassankhani et al. kritisierten, dass es keine Fürsorge in der Weiterbetreuung der beruflichen Gewaltopfer gibt (76), um eine Manifestierung von Folgeschäden zu vermeiden oder diese zu lindern.

Gewalterlebnisse können den Betroffenen selbst kurz-, mittel- und langfristig beeinträchtigen. Auch die Qualität der medizinischen Versorgung kann akut und langfristig durch Gewalt gefährdet sein.

Ignoranz und Akzeptanz von Gewalt am Arbeitsplatz durch die Managementstrukturen des jeweiligen Trägers enttäuscht und frustriert die Mitarbeiter (19). Ramacciati et al. befragten neun Pflegekräfte aus sieben verschiedenen Notaufnahmen in Mittelitalien (Toskana) in einem Fokusgruppeninterview zu ihrer Einstellung und zu ihren Gefühlen zu der von Ihnen erlebten Gewalt am Arbeitsplatz. Die Befragten hielten Gewaltepisoden an ihrem Arbeitsplatz für unvermeidbar. Sie fühlten sich mit der Problematik „allein gelassen“, „verletzt“, „verängstigt“ und auch „verärgert“ (77). Talas et al. forschten in ihrer Studie unter anderem auch zu den Emotionen der Mitarbeiter bezüglich der erlebten Gewalt. Die meisten der Befragten reagierten mit „Traurigkeit und Zorn“ auf die Gewalt. Die am meisten genannte Verhaltensstrategie nach der erlebten Gewalt war „nichts zu tun“ und „zu schweigen“ (78). Folgen davon können eine emotionale Abstumpfung im Beruf und die Entfremdung vom Beruf bzw. dem eigentlichen Berufsbild sein.

2 Eigene Originalarbeiten

Die im Folgenden eingefügten Originalpublikationen bilden eine kumulative Habilitationsschrift.

2.1 *„Aggressives und herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal. Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung in den Notfallbereichen der Charité-Universitätsmedizin Berlin“*

<https://doi.org/10.1007/s10049-015-1982-8>

T. Lindner, R. Joachim, S. Bieberstein, H. Schiffer, M. Möckel, J. Searle

Eine gegen das Personal von Notaufnahmen gerichtete Gewalt ist ein internationales Problem, welches auch in Deutschland eine Rolle spielt und in der Öffentlichkeit zunehmend wahrgenommen wird. Für deutsche Notaufnahmen sind bis dato keine Daten zur Quantifizierung des Problems publiziert worden (70). In der NEXT- Studie zeigten sich für Deutschland im europäischen Vergleich hohe Raten von gegen das Pflegepersonal gerichteter Gewalt (nicht spezifiziert auf Notaufnahmen). Fast jede fünfte Pflegekraft hat in der Studie angegeben, oft daran zu denken, den Pflegeberuf zu verlassen, wobei 6 % berichteten, dieses aufgrund der Gewaltsituation zu tun (69, 70).

Ziel der Studie ist es, quantitative aber auch qualitative Ergebnisse zum Gewalterleben in den Notfallbereichen der Charité zu generieren und diese in den internationalen Kontext zu stellen. Außerdem soll herausgefunden werden, ob sich das Personal der Notfallbereiche auf entsprechende Situationen vorbereitet fühlt und eine Trainingsmaßnahme zum Umgang mit eskalierenden Situationen für sinnvoll erachtet.

Zusammenfassung/ Abstrakt

Der nachfolgende Text entspricht dem Abstrakt der Arbeit:

„Aggressives und herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal. Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung in den Notfallbereichen der Charité – Universitätsmedizin Berlin“

<https://doi.org/10.1007/s10049-015-1982-8>

T. Lindner, R. Joachim, S. Bieberstein, H. Schiffer, M. Möckel, J. Searle

„Hintergrund.

Die Notfallbereiche der Krankenhäuser sind im besonderen Maße anfällig für das Auftreten von Gewalt und Aggression durch Patienten und Angehörige. Zu Häufigkeit, Art und Umfang aggressiver und herausfordernder Verhaltensweisen in diesen Bereichen gibt es für Deutschland bisher kaum empirische Daten.

Methode.

Es wurden 698 quantitative Fragebögen an das Personal (Pflegedienst, Ärzte, Hebammen, andere) vordefinierter Notfallbereiche (Notaufnahmen/Rettungsstellen, Kreißsäle, Ambulanzen) in einem großen Universitätsklinikum ausgegeben. Erfragt wurden persönlich erlebte, verbale und brachiale Aggressionen in den zurückliegenden 6 Monaten. Ferner wurden die Mitarbeiter zur Einschätzung ihrer persönlichen Vorbereitung auf eskalierende Situationen befragt.

Ergebnisse.

Die Rücklaufquote betrug 51,3%. 77,4% der ausgefüllten Fragebögen kamen von Mitarbeitern aus dem Bereich der Notaufnahmen. Innerhalb von 6 Monaten vor der Befragung waren fast alle Antwortenden (95%) verbalen Aggressionen ausgesetzt und ein Drittel (33%) einer körperlichen Aggression. Ärzte und Pflegepersonal scheinen ungefähr in gleichem Ausmaß verbalen Aggressionen ausgesetzt zu sein, während fast jede 2. Pflegekraft (46%), aber „nur“ jeder 5. Arzt (22%) angibt, eine körperliche Aggression im Betrachtungszeitraum erlitten zu haben. Jeder 5. (21%) erlitt hierbei eine Verletzung (34% der Pflegekräfte und 7% der Ärzte), wobei rund ein Drittel (34%) der Verletzungen als psychische Verletzung angegeben wurden. Durchschnittlich wurden 43 verbale bzw. 8 körperliche Aggressionen pro Antwortendem in den letzten 6 Monaten verzeichnet. Rund 70% fühlen sich nicht entsprechend auf eine eskalierende Situation vorbereitet.

Schlussfolgerungen.

Das Erleben bzw. Erfahren von Aggression und Gewalt ist ein relevantes Problem für alle Mitarbeiter in den befragten Notfallbereichen der Charité. Die Mehrzahl der Mitarbeiter fühlt sich nicht entsprechend auf eskalierende Situationen vorbereitet. Die Ergebnisse legen die Initiierung und Evaluation unterstützender Maßnahmen wie hausinterne Deeskalationsschulungen nahe.“

2.2 „Überfüllung der Notaufnahmen. Gründe und populationsbezogene Einflussfaktoren“

J. Searle, R. Müller, A. Slagman, C. Schäfer, **T. Lindner**, R. Somasundaram, U. Frei, M. Möckel

<https://doi.org/10.1007/s10049-015-0011-2>

(Auf Seite 309 im Publikationsheft befindet sich eine Anzeige, welche hier nicht mitabgedruckt ist)

Gates et al. nennen in ihrer Arbeit unter anderem lange Wartezeiten und die damit verbundene Unzufriedenheit der Patienten und deren Angehörigen als mitursächlich für eine gegen das Personal gerichtete Gewalt (7). Lange Warte- bzw. Behandlungszeiten können unter anderem durch eine zunehmende Inanspruchnahme von Notaufnahmen durch die Bevölkerung entstehen, da es dadurch zu Überfüllungssituationen kommt.

In der folgenden Studie soll durch eine „mixed-methods“ – Untersuchung herausgefunden werden, ob es populationsbezogene Faktoren gibt, welche Unterschiede in der Inanspruchnahme von Notaufnahmen und somit Überfüllungssituationen erklären (quantitative Analyse auf Basis von Patientendaten). Außerdem soll durch Interviews mit in den Notaufnahmen beschäftigtem, medizinischem Personal beschrieben werden, welche Gründe als ursächlich für die Überfüllung von Notaufnahmen genannt werden (qualitative Analyse).

Zusammenfassung/ Abstrakt

Der nachfolgende Text entspricht dem Abstrakt der Arbeit:

„Überfüllung der Notaufnahmen. Gründe und populationsbezogene Einflussfaktoren“

J. Searle, R. Müller, A. Slagman, C. Schäfer, T. Lindner, R. Somasundaram, U. Frei, M. Möckel
<https://doi.org/10.1007/s10049-015-0011-2>

„Hintergrund.

Aus Notaufnahmen in Deutschland wird eine zunehmende Überfüllung berichtet, die die Prozesse belastet.

Ziel.

Ziel der Studie ist es, Gründe für die Überfüllung der Notaufnahmen sowie populationsbezogene Einflussfaktoren zu erfassen und so eine Datengrundlage für evidenzbasierte Forschungs- und Lösungsstrategien zu entwickeln.

Methode.

Dies ist eine „Mixed-methods“- Studie, die an zwei universitären Notaufnahmen mit soziodemographisch unterschiedlichen Einzugsgebieten durchgeführt wurde (Notaufnahme Nord mit durchschnittlich niedrigem Sozialstatus der Bevölkerung und Notaufnahme Süd mit höherem Sozialstatus). Die Methodik umfasst quantitative deskriptive Analysen eines Sekundärdatensatzes von 34.333 Notfallpatienten und qualitative Fokusgruppeninterviews an beiden beteiligten Einrichtungen.

Ergebnisse.

Obwohl die Patienten der Notaufnahme Süd deutlich älter waren und häufiger stationär aufgenommen wurden, waren die Morbidität und Krankenhausmortalität der Notaufnahme Nord höher. Die vom Personal genannten Gründe waren an beiden Einrichtungen sehr ähnlich und zeigten insbesondere externe und patientenbezogene Faktoren, die ein erhöhtes Patientenaufkommen sowie einen erschwerten Patientenabfluss bedingen, auf. Es ergaben sich jedoch deutlich unterschiedliche Diskussionsschwerpunkte, die sich anhand der Patientenpopulation nachvollziehen lassen. In beiden Einrichtungen wurde ein erhöhtes Maß an „Sicherheitsmedizin“ als Grund für die Überfüllung genannt.

Diskussion.

Die wahrgenommenen Gründe für die Überfüllung der Notaufnahmen liegen zu einem überwiegenden Teil außerhalb des Einflussbereichs der Notaufnahmen und werden von den Charakteristika ihrer Patientenpopulation mit beeinflusst. Eine Lösung des Problems erfordert daher Maßnahmen, die über Prozessoptimierungen in den Notaufnahmen selbst hinausgehen und im Sozial- bzw. dem Gesundheitssystem eingreifen.“

2.3 „Mit dem Rettungsdienst direkt in die Arztpraxis- eine wirkungsvolle Entlastung der Notaufnahmen? Analyse von notfallmedizinischen Routinedaten aus Präklinik und Klinik“

T. Lindner, A. Campione, M. Möckel, C. Henschke, J. Dahmen, A. Slagman
<https://doi.org/10.1007/s00063-021-00860-x>

Überfüllungszustände in Notaufnahmen führen zu langen Wartezeiten, welches die Unzufriedenheit der Patienten und Angehörigen steigert und zu vermehrtem Unmut und Aggressionen gegenüber dem in der Notaufnahme beschäftigtem Personal führen kann.

Eine Möglichkeit, Überfüllungszustände zu vermeiden, wäre, den Zufluss von Patienten zur Notaufnahme zu begrenzen, zum Beispiel durch Umlenkung weniger dringlicher Fälle in das ambulante Versorgungssystem niedergelassener Fachärzte. Das Sachverständigengutachten zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung von 2018 (79) sieht diese Option für den Rettungsdienst explizit vor. Unklar ist jedoch, ob und wie effektiv eine solche Maßnahme wäre, bzw. welche Risiken in Bezug auf die Patientensicherheit bestünden.

In der vorliegenden Studie sollte an retrospektiv erhobenen präklinischen und klinischen Daten herausgearbeitet werden, ob eine solche Maßnahme eine Notaufnahme wirkungsvoll und sicher entlasten kann und somit Überfüllungszustände, einem Trigger für aggressives und herausforderndes Verhalten, vermeiden helfen könnte.

Zusammenfassung/ Abstrakt

Der nachfolgende Text entspricht dem Abstrakt der Arbeit:

„Mit dem Rettungsdienst direkt in die Arztpraxis- eine wirkungsvolle Entlastung der Notaufnahmen? Analyse von notfallmedizinischen Routinedaten aus Präklinik und Klinik“

T. Lindner, A. Campione, M. Möckel, C. Henschke, J. Dahmen, A. Slagman

<https://doi.org/10.1007/s00063-021-00860-x>

„Hintergrund:

Das Sachverständigengutachten zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung 2018 empfiehlt zur Entlastung der klinischen Notfallversorgung unter anderem, dem Rettungsdienst die Option einzuräumen, geeignete Patienten direkt in eine Praxis zur fachärztlichen Versorgung zu transportieren.

Fragstellung:

Quantifizierung von Patienten, die mit dem Rettungswagen (RTW) in der Notaufnahme vorgestellt wurden und sicher und sinnvoll zur Behandlung primär in eine Praxis transportiert haben werden können.

Material und Methoden:

Retrospektive Auswertung prähospitaler und klinischer Daten von erwachsenen Patienten, die innerhalb von 2 Monaten mit einem RTW in die Notaufnahme eines universitären Maximalversorgers eingeliefert wurden. Anhand einer durch Rettungsassistenten durchgeführten, 5-stufigen Dringlichkeitseinschätzung erfolgte durch die Autoren zunächst die Kategorisierung in „dringliche“ (Arztkontakt innerhalb von maximal 30min notwendig) und „weniger dringliche“ Fälle (Arztkontakt nicht in weniger als 30min notwendig, maximal in 120min). In der Gruppe der „weniger dringlichen“ Fälle wurden aus den klinischen Behandlungsdaten diejenigen mit ambulanter Weiterbehandlung diskriminiert sowie folgend die Fälle, deren administrative Notaufnahme von Montag bis Freitag (Feiertage ausgeschlossen) jeweils zwischen 08.00 und 19.00 Uhr stattfand (praxistaugliche Fälle). Außerdem erfolgte eine medizinisch-inhaltliche Differenzierung dieser Fälle und ein Vergleich mit der Dringlichkeitseinschätzung in der Notaufnahme (Manchester Triage System, MTS).

Ergebnisse:

Es wurden n= 1260 Patienten mit dem RTW in die Notaufnahme disponiert (Gesamtbehandlungszahl n= 11.506). Bei n= 894 war eine prähospital Dringlichkeitseinschätzung dokumentiert, auf deren Grundlage n=477 (53,4%) als „weniger dringliche“ Fälle kategorisiert und n= 317 (66,5%) ambulant weiterbehandelt wurden, n= 114 (23,9%) zu üblichen Praxisöffnungszeiten. Das entspricht 1% aller im Beobachtungszeitraum behandelten Patienten. 70 Fälle dieser praxistauglichen Gruppe (63,6% von n= 110 mit dokumentierter MTS) wurden in der Notaufnahme dringlicher eingestuft. Die prähospital dokumentierten Beschwerdebilder und die in der Klinik erhobenen Hauptdiagnosen lassen den Einsatz relevanter diagnostischer Ressourcen bei einer Vielzahl der praxistauglichen Fälle vermuten.

Diskussion:

Die Notaufnahmen konnten im Zeitfenster üblicher Praxisöffnungszeiten bei primärer Disposition der weniger dringlichen, ambulant behandelten Fälle in eine Praxis von ungefähr jedem zehnten mit dem RTW disponierten Patienten und 1% ihrer Gesamtpatientenzahl entlastet werden. Unter dem Aspekt der Patientensicherheit ist dieses Vorgehen mit >60% möglicher Untertriage kritisch zu bewerten. Für

die Diagnostik und Behandlung mussten entsprechende Ressourcen in der Praxis vorhanden und dem Rettungsdienst bekannt sein. Die primäre Disposition in eine Praxis erscheint bezogen auf die mögliche Entlastung einer großstädtischen Notaufnahme unbedeutend, ist potenziell patientengefährdend und mit einem enormen logistischen Aufwand verbunden.“

2.4 ***“Medical History of Elderly Patients in the Emergency Setting: Not an Easy Point-of-Care Diagnostic Marker”***

T. Lindner, A. Slagman, A. Senkin, M. Möckel, J. Searle

<https://doi.org/10.1155/2015/490947>

Der ansteigende Anteil geriatrischer Patienten stellt eine besondere Herausforderung in der Notaufnahme dar (21). Ältere Patienten sind oftmals kognitiv eingeschränkt und nehmen zahlreiche Medikamente ein. Der intersektorale Austausch medizinischer Daten ist oftmals spärlich. Es ist zu erwarten, dass ältere Patienten im Notfall selber keine sicheren Angaben zu wesentlichen Punkten ihrer Gesundheitsdaten machen können. Somit kann sich die medizinische Behandlung verzögern. Eine verlängerte Behandlungszeit kann zur Überfüllung der Notaufnahmen beitragen und insbesondere bei älteren Patienten selbst zu vermehrten Komplikationen führen (80). Ältere Menschen reagieren besonders empfindlich auf das Verlassen ihres gewohnten Umfeldes und können, auch abhängig von der Dauer, im Verlauf der Behandlung ein herausforderndes oder gar delirant- aggressives Verhalten zeigen.

In dieser Studie soll erfasst werden, wie häufig im Rahmen einer Behandlung älterer Menschen in der Notaufnahme unzureichende Information zu deren medizinischen Daten vorliegen und ob sich dieses auf die Behandlungszeit und somit potentiell auf ein erhöhtes Risiko für aggressive Verhaltensweisen auswirkt.

Zusammenfassung/ Abstrakt

Der nachfolgende Text entspricht dem Abstrakt der Arbeit (übersetzt durch den Autor):

“Medical History of Elderly Patients in the Emergency Setting: Not an Easy Point-of-Care Diagnostic Marker”

T. Lindner, A. Slagman, A. Senkin, M. Möckel, J. Searle

<https://doi.org/10.1155/2015/490947>

“Hintergrund: Die Anamneseerhebung ist ein wichtiges diagnostisches Instrument. Ältere Menschen stellen eine große und anwachsende Gruppe von Notfallpatienten dar. Auf Grund kognitiver Defizite kann eine zuverlässige Anamneseerhebung in dieser Gruppe sehr anspruchsvoll sein. In dieser Studie beabsichtigen wir, die Anamneseerhebung bei Notfallpatienten mit einem Alter von über 75 Jahren unter dem Aspekt der benötigten Zeitdauer und der erzielten Vollständigkeit wichtiger Angaben zu untersuchen.

Methoden: Anonymisierte Daten konsekutiv eingeschlossener Patienten wurden dokumentiert. Es wurde die Zeit, die für eine vordefinierte Basisanamnese, ggf. auch unter Nutzung anderer Quellen, benötigt wurde, gemessen.

Ergebnisse: Es wurden 104 Patienten in die Studie eingeschlossen. In einem Viertel der Fälle (25 %, n=26) konnte die vordefinierte Basisanamnese nicht vollständig erhoben werden, nur 16 Patienten konnten alle benötigten Angaben eigenständig machen. Bei zusätzlicher Nutzung anderer Quellen, wie Angehörige oder Hausärzte, verlängerte sich die Zeit bis zum Vorliegen der vollständigen Daten der Basisanamnese von 7,3 Minuten (alle Angaben durch Patient selbständig) auf 26,4 Minuten (bei Konsultation Angehöriger), bzw. 65,3 Minuten (bei Konsultation Hausarzt).

Schlussfolgerung: Die Anamneseerhebung ist ein wichtiges diagnostisches Instrument in der Notfallsituation und kann bei Älteren nur verzögert möglich sein, gerade auch dann, wenn auf eine Fremdanamnese zurückgegriffen werden muss. Neue Technologien wie Notfalleinweisung könnten dabei helfen, die Verfügbarkeit wichtiger Gesundheitsdaten zu verbessern. Die Entwicklung solcher Technologien ist allerdings kostenintensiv und mit Datenschutzproblemen konfrontiert.“

2.5 „Sicherheitsinfrastruktur in deutschen Notaufnahmen. Ergebnisse einer DGINA-Mitgliederbefragung“

J. Frick, A. Slagman, L. Lomberg, J. Searle, M. Möckel, **T. Lindner**

<https://doi.org/10.1007/s10049-016-0179-0>

International sind zahlreiche Maßnahmen zur Prävention von Gewalt in den Notaufnahmen benannt worden. Mögliche Interventionen können struktureller, organisatorischer/politischer oder personenbezogener Natur sein (40). Für Deutschland liegen diesbezüglich keine Daten vor.

Die folgende Studie wurde durchgeführt, um einschätzen zu können, ob andere Notaufnahmen in Deutschland ebenso von Gewalt gegenüber Mitarbeitern betroffen sind und welche Sicherheitsmaßnahmen es in den verschiedenen Notaufnahmen bereits gibt, bzw. welche von Leitungskräften (pflegerisch oder ärztlich) zur Gewaltprävention für sinnvoll erachtet werden.

Zusammenfassung/ Abstrakt

Der nachfolgende Text entspricht dem Abstrakt der Arbeit:

„Sicherheitsinfrastruktur in deutschen Notaufnahmen. Ergebnisse einer DGINA-Mitgliederbefragung“

J. Frick, A. Slagman, L. Lomberg, J. Searle, M. Möckel, T. Lindner

<https://doi.org/10.1007/s10049-016-0179-0>

„Hintergrund.

Das Personal in Notaufnahmen ist laut internationalen Publikationen häufig gewalttätigen Handlungen von Patienten und deren Angehörigen ausgesetzt. In Deutschland fehlen Daten zu Häufigkeit und Art der Tötlichkeiten sowie zu sinnvollen Maßnahmen zur Abwehr bzw. Vermeidung von Übergriffen. Ziel.

Die Arbeit gibt einen explorativen Überblick zum Ausmaß und zur Qualität von Gewalt in deutschen Notaufnahmen sowie zu vorhandenen bzw. für sinnvoll erachteten Sicherheitsstrukturen zur Gewaltabwehr bzw. -vermeidung.

Methodik.

Ein Fragebogen mit 17 Fragen wurde über den E-Mail-Verteiler und die Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) veröffentlicht. Er war an ärztliche und pflegerische Leitungen deutscher Notaufnahmen adressiert.

Ergebnisse.

66 Leitungskräfte nahmen teil. 54 von 59 Antwortenden (91,5%) erfassten mindestens 1 Gewaltereignis innerhalb der letzten 3 Monate. 51,5% (n = 34) haben sich bereits mit Fragen zur Verbesserung der Sicherheit auseinandergesetzt. Bereits vorhandene technische Lösungen, z. B. zur Alarmierung des internen Sicherheitsdienstes (33,9%) und bauliche Anpassungen (10,2 %) wurden nur teilweise berichtet. 69,7% der Einrichtungen wünschten sich zur Verbesserung der Sicherheit Deeskalationsprogramme.

Schlussfolgerungen.

Körperliche Gewalt gegenüber Mitarbeitern von Notaufnahmen scheint auch in Deutschland eine Rolle zu spielen. Obwohl 9 von 10 Befragten von körperlicher Gewalt gegenüber ihren Mitarbeitern in den letzten 3 Monaten Kenntnis erhalten haben, setzt sich nur jede zweite Einrichtung mit Fragen zur Optimierung der Sicherheit auseinander. Eine Mehrzahl wünscht sich ein Deeskalationstraining für die Mitarbeiter.“

2.6 „Erleben von aggressivem Verhalten in der Notaufnahme nach Etablierung eines Deeskalationstrainings. Zweite Mitarbeiterbefragung in den Akutbereichen der Charité-Universitätsmedizin Berlin“

J. Frick, A. Slagman, M. Möckel, J. Searle, F. Stemmler, R. Joachim, **T. Lindner**

<https://doi.org/10.1007/s10049-017-0394-3>

Die Etablierung eines Deeskalationsmanagements mit einem dreitägigen Deeskalationstraining ist eine Maßnahme der Charité-Universitätsmedizin Berlin, um dem Gewalterleben der Mitarbeiter in den Notfallbereichen zu begegnen. Das Training umfasst primär, sekundär und tertiär präventive Maßnahmen zur Deeskalation von Gewalt.

Bis dato sind Studien zur Beurteilung der Wirksamkeit von Deeskalationstrainings selten (65-68). Durch die verschiedenen Ausgestaltungen der Trainings sind diese als Maßnahme zur Gewaltprävention nur generell beurteilbar.

In dieser Studie sollte in einer zweiten Befragung der Mitarbeiter der Notfallbereiche der Charité-Universitätsmedizin Berlin herausgefunden werden, wie die Mitarbeiter nach Absolvierung des an der Charité etablierten Trainings ihre hinzugewonnenen Kompetenzen selber einschätzen.

Zusammenfassung/ Abstrakt

Der nachfolgende Text entspricht dem Abstrakt der Arbeit:

„Erleben von aggressivem Verhalten in der Notaufnahme nach Etablierung eines Deeskalationstrainings. Zweite Mitarbeiterbefragung in den Akutbereichen der Charité- Universitätsmedizin Berlin“

J. Frick, A. Slagman, M. Möckel, J. Searle, F. Stemmler, R. Joachim, T. Lindner

<https://doi.org/10.1007/s10049-017-0394-3>

„Hintergrund.

Aggressives und herausforderndes Verhalten von Patienten und deren Angehörigen gefährdet die Sicherheit des Personals in der Notaufnahme. In der Charité – Universitätsmedizin Berlin, wurde ein Deeskalationstraining für die Mitarbeiter der Notfallbereiche eingeführt. Das Ziel ist die Erhebung des Erlebens von aggressivem und herausforderndem Verhalten nach der Einführung eines Deeskalationstrainings im Jahr 2012 durch eine schriftliche Befragung der Mitarbeiter aus den Notfallbereichen.

Methodik.

Ein anonymer Fragebogen wurde entwickelt, um die Mitarbeiter zum Deeskalationstraining, der Häufigkeit von erlebter Gewalt und zur Sicherheitsinfrastruktur an ihrem Arbeitsplatz zu befragen.

Ergebnisse.

An der Befragung nahmen 110 Mitarbeiter aus den Notfallbereichen teil. Die Mitarbeiter schätzen nach dem Deeskalationstraining 3 von 4 Fähigkeiten überwiegend als „hoch“ und „mittel“ ein (Erkennen von Frühwarnsignalen 80,6%, verbale Deeskalation 79,6% und Umgang mit herausforderndem Verhalten 79,6%). Knapp 75% der Mitarbeiter haben die erlernten Fähigkeiten bereits angewandt. 92,9% und 13,8% der Befragten berichteten von erlebter verbaler bzw. physischer Gewalt innerhalb der letzten 6 Monate. Fast durchgängig verneint wurde eine Anpassung der Arbeitsorganisation und der Sicherheitsinfrastruktur (Fluchttüren 97,2%, Fluchträume 94,4%) mit Hinblick auf herausforderndes Verhalten.

Schlussfolgerung.

Die Deeskalationsfähigkeiten im Umgang mit aggressivem und herausforderndem Verhalten werden von den Mitarbeitern nach dem Training überwiegend als „hoch“ und „mittel“ eingeschätzt. Zur weiteren Verbesserung der aktuellen Sicherheit sollte die Sicherheitsinfrastruktur zusätzlich ausgebaut werden.“

3 Diskussion

Die World Health Organisation (WHO) empfiehlt die folgende Definition der Europäischen Kommission für arbeitsplatzbezogene Gewalt aus dem Jahr 2008: „Vorfälle, bei denen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter im Zusammenhang mit ihrer Arbeit oder auf dem Weg von und zu dieser misshandelt, bedroht oder angegriffen werden, inklusive der ausgesprochenen oder unausgesprochenen Drohung gegen ihre Sicherheit, Wohlbefinden und Gesundheit.“ Im Bereich der Gesundheitsversorgung werden immer wieder Fälle publik, bei denen Rettungskräfte in der Öffentlichkeit angegriffen oder beleidigt werden. Aber auch im vermeintlich geschützten Raum eines Krankenhauses kommt es immer wieder zu gewalttätigen Übergriffen auf das Personal. Durch Angst, Anspannung und Ungewissheit auf Patienten- oder Angehörigenseite aber auch durch Stress und Überforderungssituationen auf Mitarbeiterseite kann es zu Konflikten kommen. Charakteristisch ist, dass die späteren Verursacher beim Betreten des Krankenhauses noch nicht wissen, dass sie im Verlauf Gewalt ausüben werden. Die hier betrachtete Gewalt ist somit abzugrenzen von gezielten und geplanten Übergriffen auf Mitarbeiter des Krankenhauses, die bis zum erweiterten Suizid reichen können. Gewalt wird in diesem Kontext meist in drei Arten unterteilt: physische, psychische und verbale Gewalt. Während die Abgrenzung von physischer Gewalt einfach gelingt, sind die Übergänge von psychischer zu verbaler Gewalt oftmals unscharf. So kann eine Beschimpfung, Beleidigung oder eine Demütigung sowohl der einen als auch der anderen Gruppe zuzuordnen sein, abhängig davon, ob der Fokus auf die Wirkung oder Ausführung gerichtet ist. Unter herausforderndem Verhalten werden Verhaltensweisen zusammengefasst, die vom Umfeld als der Situation nicht angemessen empfunden werden. Bezogen auf den Patienten kann dieses eine Enthemmung nach Drogenkonsum mit sozial unerwünschtem Benehmen (zum Beispiel öffentliches Urinieren im Notaufnahmebereich) sein oder beim dementen Patienten ein ständiges Rufen oder eine Weglauftendenz.

In allgemeinen Krankenhäusern werden die Mitarbeiter von Notaufnahmen in besonderem Maße mit Gewalt und herausforderndem Verhalten konfrontiert. International gibt es zahlreiche Publikationen, die das Gewalterleben in Notaufnahmen quantifizieren und qualitativ

auswerten. Auch wenn sich die Studien hinsichtlich des Designs und der Definition von Gewalt unterscheiden, wird übereinstimmend berichtet, dass sich Gewalt weltweit mit einer hohen Inzidenz in Notaufnahmen nachweisen lässt, wobei die nicht-körperliche Gewalt in der Quantität dominiert (3, 5-9, 12, 78). Für deutsche Notaufnahmen sind kaum Daten in der Literatur verfügbar und es besteht laut Ohlbrecht et al. bisher „eine Diskrepanz zwischen internationalem und nationalem Forschungsstand hinsichtlich der Untersuchung von Gewaltphänomenen in der klinischen Notaufnahme“ (69).

In der ersten Arbeit der vorliegenden kumulativen Habilitationsschrift (81) konnte gezeigt werden, dass die hohen internationalen Raten an Gewalterleben auch auf die Situation in den Notfallbereichen der Charité-Universitätsmedizin Berlin übertragbar sind. Da die überwiegende Anzahl der ausgewerteten Fragebögen vom Pflegepersonal der Notaufnahmen stammte, bilden die Ergebnisse in erster Linie die Situation in den Notaufnahmen aus Sicht der Pflege ab. Im retrospektiv betrachteten Zeitraum von sechs Monaten wurden nahezu alle Pflegekräfte und Ärzte verbal attackiert, wobei 80 % der verbalen Gewalt als Beschimpfen, Schreien oder Beleidigen erfasst wurden. Jede zehnte verbale Aggression war allerdings eine Drohung (81). Durchschnittlich jeder Dritte befragte Mitarbeiter wurde im Betrachtungszeitraum körperlich angegriffen, mit einem doppelt so hohen Anteil auf Seiten der Pflegekräfte (46 % der Pflegenden und 22 % der Ärzte). Dieses könnte darin begründet sein, dass die Pflegekräfte länger und näher am Patienten arbeiten oder dem ärztlichen Personal mehr Respekt entgegengebracht wird, was zumindest einen körperlichen Angriff verhindert. Von den Befragten gab ca. jeder Fünfte (21%) an, in den letzten 6 Monaten durch aggressives Verhalten verletzt worden zu sein. 65 % dieser Verletzungen wurden als körperliche und 35 % als psychische Verletzungen angegeben. Die erlittenen Verletzungen und ein Gefühl der Isolation mit dem Erlebten, u.a. durch unterlassene organisatorische Interventionen, können bei den Mitarbeitern zu einer Frustration im Job und zu einer Distanzierung zu ihrer Arbeitsstätte bzw. ihrem Beruf führen. In letzter Konsequenz ist eine Kündigung mit Kosten für das Gesundheitssystem verbunden (5, 11, 19, 69, 70). Eine weitere wesentliche Aussage der Studie war, dass sich drei Viertel der Befragten nicht auf eskalierende Situationen vorbereitet sahen.

Neben der Gefahr eines Qualitätsverlustes in der medizinischen Versorgung durch Gewalterlebnisse, kann es zu erhöhten Fehlzeiten kommen (19, 71-73). Fehlzeiten als Folge von Verletzungen wurden in der eigenen Studie nicht erfasst. Auch wurde nicht erfasst, ob die Befragten einen Jobwechsel aufgrund der gegenwärtigen Aggression erwägen. Eine weitere Limitation dieser Studie ist die retrospektive Betrachtung auf die zurückliegenden sechs Monate. Mittlerweile wurde, wie in der Literatur gefordert, an der Charité eine leichtere prospektive Erfassung über einen standardisierten Meldebogen etabliert. Perspektivisch könnte dieser, vergleichbar einem Eintrag in das Critical Incident Reporting System (CIRS), auch niederschwellig über das Intranet der Charité abzurufen und einzureichen sein.

Die Ursachen für die hohen Raten von verbaler und physischer Gewalt in den Notaufnahmen sind vielfältig. Übereinstimmend wird in allen Studien zu den Ursachen der Gewalt der intoxikierte oder psychiatrisch erkrankte Patient als ein wesentlicher Risikofaktor genannt. Neben den typischen Merkmalen der Notfallbehandlung wie Schmerz, Angst, Ungewissheit und Autonomieverlust traten im Verlauf der letzten Jahre aber auch andere Ursachen zum Vorschein, bzw. verstärkten das schon vorhandene Risikoprofil. Durch eine stetig gestiegene Inanspruchnahme der Notaufnahmen bei fehlender Anpassung der Ressourcen kommt es immer wieder zu Überfüllungszuständen (sog. „crowding“). Mit diesen Situationen verbunden sind oftmals lange Wartezeiten und weniger Zeitressourcen auf Seiten des an der Belastungsgrenze arbeitenden Personals für die Versorgung des einzelnen Patienten. Dieses kann zur Entstehung oder Befeuerung von Konflikten führen, bzw. lässt weniger Kapazität zu, Konflikte vor der Eskalation aufzulösen (7, 36, 69, 70).

In der zweiten Arbeit (82) wurde versucht, Ursachen von Überfüllungszuständen in Notaufnahmen herauszuarbeiten. In einer „mixed-methods“ – Studie wurden quantitativ-deskriptive Daten zu Patientenmerkmalen zweier universitärer Notaufnahmen in sozioökonomisch unterschiedlichen Lagen Berlins erhoben. Zur qualitativen Analyse wurden Fokusgruppeninterviews mit neun Pflegekräften und vier Ärzten aus den beiden Notaufnahmen durchgeführt. In diesen Fokusgruppeninterviews wurden für die Überfüllungszustände neben einer in der Notaufnahme praktizierten „Sicherheitsmedizin“ in erster Linie externe Faktoren verantwortlich gemacht. Neben einem hohen Patientenzustrom wurde der mangelhafte Abstrom in die stationäre Behandlung als ursächlich betont. Letztere Ursachen können nicht allein in der Notaufnahme gelöst werden. Der Zustrom (die „Vorlast“) kann nur durch eine

Regulation im Gesundheitssystem im Sinne einer Entlastung der Notaufnahmen gebremst werden. Neben der fehlenden Aufklärung der Bevölkerung, welche medizinische Ressource für welche Problematik zu Nutzen ist („Hausarztmedizin“ in der Notaufnahme), verschärft eine zunehmende Veränderung der gesellschaftlichen Erwartungshaltung, dass jegliche medizinische Leistung jederzeit und „kundenorientiert“ zur Verfügung stehen muss, das Problem. In die Funktionalität der Weiterleitung in die stationäre Behandlung („Nachlast“) kann der Krankenhausträger eingreifen (Bettenkontingente für Notfallpatienten, Priorisierung der Notaufnahmepatienten beim Bettenmanagement). Limitationen der Studie sind insbesondere in Bezug auf den qualitativen Anteil zu nennen. So ist eine relativ kleine Fokusgruppe interviewt worden, in welcher der Anteil der Pflegekräfte dominant war. Es wurde versäumt, nicht-medizinisch tätiges Personal (Administrationskräfte, Reinigungspersonal, Sicherheitsdienst) mit in die Fokusgruppe aufzunehmen.

In der dritten Studie (83) sollte untersucht werden, ob eine im Sachverständigengutachten zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung von 2018 (79) empfohlene Maßnahme zur Entlastung der klinischen Notfallversorgung wirkungsvoll und sicher umgesetzt werden könnte. Es wird empfohlen, dem Rettungsdienst die Option einzuräumen, geeignete Patienten vom Einsatzort direkt in eine Praxis zur fachärztlichen Versorgung zu transportieren (also eine Maßnahme zur potentiellen „Vorlastsenkung“ der Notaufnahmen). Es zeigte sich, dass eine großstädtische, universitäre Notaufnahme von jedem zehnten mit dem Rettungsdienst eingelieferten Patienten potentiell entlastet werden könnte, was allerdings nur ein Prozent der Gesamtpatientenzahl darstellt. Demgegenüber stehen ein hoher logistischer Aufwand und ein wesentliches Risiko für die Patientensicherheit bei Fehleinschätzung des Patienten durch den Rettungsdienst, so dass diese Maßnahme im gegebenen Rahmen insgesamt unangemessen erscheint, um Überfüllungszustände und somit potentiell aggressives Verhalten gegenüber Mitarbeitern in Notaufnahmen zu vermeiden. Limitierend für die Aussagekraft der Studie ist die Verwendung einer reinen fünfstufigen Dringlichkeitseinschätzung ohne Berücksichtigung der notwendigen Versorgungsebene.

Interessanterweise wurden in der zweiten Arbeit (82) aggressive Patienten oder Angehörige explizit auch als eine Ursache der Überfüllung genannt. Dieses ist vermutlich im Zusammenhang mit der Notwendigkeit einer erhöhten Aufmerksamkeit für den aggressiven Patienten

selbst und einer Beeinträchtigung des regulären Notaufnahmeprozesses zu sehen. Im Rahmen der akuten Gewalterfahrung kann es auch zu einer Beeinträchtigung der Arbeitskraft des betroffenen Mitarbeiters oder des Teams kommen, da das Erlebte verarbeitet werden muss. In der Konsequenz kann es somit in schon von Gewalt belasteten Momenten zu einer Verschlimmerung der Gesamtsituation kommen, da der Arbeitsfluss gelähmt werden kann (19, 71-73). Ein Teufelskreis entsteht. In den Äußerungen der Fokusgruppe wird auch die zunehmende Anzahl älterer, verwirrter und pflegerisch aufwändiger Patienten als eine Ursache der Überfüllung erwähnt. Tatsächlich ist die Zahl der Behandlungen älterer Menschen (> 70 Jahre) in der Notaufnahme steigend (21, 22). Laut Groening et al. liegt sie 2015 in deutschen Notaufnahmen bei ca. 30 % (24). Gewalt kommt weltweit in den Bereichen der Gesundheitsversorgung am häufigsten in den Notaufnahmen sowie in speziellen psychiatrischen und geriatrischen Einrichtungen vor (20). Hierbei ist der Anteil körperlicher Gewalt beim geriatrischen Patienten höher als in anderen Patientengruppen (31). Bei oftmals eingeschränkter Kommunikationsmöglichkeit der Beschwerden im Rahmen der Anamnese und Untersuchung kann es zu verlängerten Behandlungszeiten kommen (25-27). Verlängerte Behandlungszeiten in der Notaufnahme können bei älteren Patienten zu vermehrten Komplikationen führen (80). Delirante Zustände, die bei rund jedem Zehnten dieser Patienten vorhanden sind, werden oftmals nicht oder zu spät erkannt (23) und stellen eine Gefahr für das Personal dar. Neben erschwerter Untersuchungsbedingungen kann es auch durch eine mangelnde Informationslage zu vorbestehenden Erkrankungen oder Medikationen zu einer Verzögerung in der Behandlung kommen.

In der vierten Studie (84) konnte gezeigt werden, dass weniger als jeder Fünfte der über 75 Jahre alten Patienten im Rahmen einer Behandlung in der Notaufnahme selbständig sicher Auskunft geben konnte zu Vorerkrankungen, einer gegenwärtigen Medikation, eventuellen Allergien und dem Namen seines Hausarztes. Die weitere Recherche zu diesen klassischen Anamnesedaten über Angehörige oder den Hausarzt führte zu einem längeren Verbleib des Patienten in der Notaufnahme mit den beschriebenen Risiken für Patient und Personal. Bei jedem vierten Patienten konnte die Basisanamnese trotz aller Bemühungen nicht erhoben werden. Die Einrichtung digitaler Notfalldatensätze oder weiterführender digitaler Gesundheitsakten könnte den intersektoralen Informationsaustausch vereinfachen und somit zu einer sichereren und zügigeren Behandlung, insbesondere der selbst nicht-auskunfts-fähigen

Patienten, führen. Das Risiko deliranter Entgleisungen könnte reduziert und somit das Gewaltpotential, welches von älteren Patienten ausgehen kann, gesenkt werden. Als wesentliche Limitationen dieser Studie sind zu nennen, dass nicht untersucht wurde, ob die Verzögerungen in der Erhebung der definierten Basisanamnese zu einer verzögerten Diagnostik, Diagnosestellung oder Therapieeinleitung geführt haben. Auch wurde die Vollständigkeit und Richtigkeit der Daten bei den als voll- und umfänglich auskunftsfähig eingeschätzten Patienten nicht kontrolliert.

Mögliche Interventionen zur Gewaltprävention in der Notaufnahme können struktureller, organisatorischer oder personenbezogener Natur sein (40). Anderson et al und Taylor et al. (38, 39) bemängeln, dass es, trotz ausreichender Daten zur hohen Inzidenz von Gewalt in den Notaufnahmen, kaum Daten bezüglich evidenzbasierter, sinnvoller Interventionen gäbe. In der fünften Studie (85) wurde explorativ und auf Basis von Expertenmeinungen (nämlich der pflegerischen und ärztlichen Leitungen von Notaufnahmen) eine online-Abfrage zur Prävalenz und Qualität von Gewalt sowie den vorgehaltenen oder für sinnvoll erachteten Interventionen in deutschen Notaufnahmen durchgeführt. Über 90 % der 66 antwortenden Leitungskräfte gaben an, in den letzten drei Monaten von mindestens einem körperlichen Gewalterlebnis eines Mitarbeiters Kenntnis erhalten zu haben. Erstaunlicherweise befassten sich aber nur 50% der Befragten offenkundig mit dem Thema. Ein Drittel der Befragten verneinte sicher, sich mit Prävention von Gewalt überhaupt auseinanderzusetzen. Dieses lässt vermuten, dass Gewalt gegen Mitarbeiter von großen Teilen der Leitungskräfte immer noch als ein „Teil des Jobs“ betrachtet wird (51). In keiner der Notaufnahmen war ein Sicherheitsdienst permanent anwesend, obwohl dieses ein Drittel der Befragten für sinnvoll in der Gewaltprävention erachtet. Eine Vorhaltung von Sicherheitspersonal im Bereich der Notaufnahme ist eine international verbreitete strukturell-präventive Maßnahme (14, 41), die aber nicht unkritisch diskutiert wird. Durch die Anwesenheit insbesondere eines uniformierten Sicherheitsdienstes kann durch Machtdemonstration auch Gewalt provoziert (6, 42) oder deren Eskalation auf einen Zeitpunkt verzögert werden, der außerhalb des Einflusses des Sicherheitspersonals liegt. Der Wegfall dieser „Unterdrückung“ kann dann zu plötzlichen Übergriffen führen, die für den Betroffenen „aus dem Nichts“ kommen und daher kaum abzuwenden sind. 17 % der Leitungskräfte gaben an, in den letzten 3 Monaten Kenntnis von einer Bedrohung durch eine Waffe erhalten zu haben. Metalldetektoren in den Eingangsbereichen

waren in keiner Notaufnahme vorhanden, wurden aber von 40 % als sinnvoll benannt. Bei einem Viertel der antwortenden Notaufnahmen wird ein verdecktes Untersuchen auf Waffen durchgeführt, die direkte Befragung zum Waffenbesitz findet aber nur bei fünf Prozent statt. Metalldetektoren können das subjektive Sicherheitsempfinden der Mitarbeiter, aber auch der Patienten und Angehörigen erhöhen (48). In den USA, mit einem wesentlich höheren privaten Schusswaffenbesitz, gaben in der Studie von Benham et al. 38 % der Notaufnahmen an, über einen Metalldetektor zu verfügen (6). Die Wirksamkeit in der Verhinderung der Schwere oder der Häufigkeit von Gewalt ist für die Detektoren nicht belegt. Eine Durchsuchung oder Detektion könnte bei steigender Verbreitung von Stichwaffen perspektivisch auch in Deutschland eine zunehmende Rolle spielen. Zwei Drittel der Befragten hielten die Einführung eines Deeskalationsprogramms für Mitarbeiter für eine geeignete Intervention, um die Sicherheit in Notaufnahmen zu verbessern. Damit war dieses die am häufigsten für sinnvoll erachtete Maßnahme in der, durch die geringe Teilnehmerzahl in der Aussagekraft eingeschränkten, explorativen Untersuchung. Bereits in der Erhebung zum Erleben aggressiven Verhaltens in den Notfallbereichen der Charité-Universitätsmedizin Berlin (81) hielten über 80 % der Befragten ein Trainingsprogramm zum angemessenen Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen für hilfreich. Solche Trainingsprogramme können verschiedene Ausprägungen haben. So können darunter zum Beispiel reine Kommunikationstrainings (52, 58-62), Fixierungstechniken oder Simulationstrainings (63, 64) im Umgang mit aggressiven Patienten verstanden werden (56). Die strukturelle Diversität der einzelnen Programme und durchgeführten Studien erschwert die Aggregation von Daten zur Beurteilung der dauerhaften Effektivität eines Trainingsprogramms zum Umgang mit Gewalt (58, 61, 65-68, 86-88). Auch wenn der nachhaltige Effekt in Bezug auf die Gewaltprävention in Notaufnahmen im Gegensatz zu psychiatrischen Einrichtungen (60) nicht belegt ist, wird die Etablierung solcher Programme von Organisationen der Pflegekräfte aus Notaufnahmen in den USA gefordert (55, 56). In Folge der Ergebnisse der Studie zum Gewalterleben in den Notfallbereichen der Charité (81) wurde zusammen mit einem externen Partner, dem Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa®, Kuchen/Deutschland; <https://prodema-online.de/home>; zuletzt besucht am 15.12.2018), ein Deeskalationsmanagement an der Charité etabliert, welches im Kern ein Deeskalationstraining für alle Mitarbeiter der Notaufnahmen

vorsieht. In diesem dreitägigen Training werden neben der Durchführung von Situationstrainings zur verbalen Deeskalation und dem Erlernen einfacher Befreiungstechniken auch Grundlagen der Kommunikation sowie Aspekte der primären und tertiären Prävention geschult. Das Deeskalationsmanagement beinhaltet ein Nachsorgekonzept für Gewaltopfer, wie es unter anderem von Gates et al. gefordert wird (52). Initial wurden 10 Mitarbeiter der Charité (zwei Ärzte, acht Pflegekräfte) als Deeskalationstrainer ausgebildet. Ihre Aufgabe ist es, als Multiplikatoren das Training für alle weiteren Mitarbeiter zu gestalten und das Gesamtkonzept des Deeskalationsmanagements, angepasst an die Situation und Bedürfnisse der Charité, umzusetzen.

Ziel der sechsten Studie (89) war es, das dreitägige Deeskalationstraining durch die Absolventen evaluieren zu lassen und sie nach ihrer Gewalterfahrung nach Absolvierung des Trainings zu befragen. Nur ca. jeder Zehnte fühlt sich nach Absolvierung des Trainings nicht gut vorbereitet auf eskalierende Situationen. In der Selbsteinschätzung fühlten sich rund 80 % in der Erkennung von Frühwarnsignalen und in der verbalen Deeskalation mittel- bis hochbefähigt. Drei Viertel der Absolventen hatten ihre erlernten Fähigkeiten schon in der Praxis eingesetzt. Abwehr- und Fluchttechniken wurden im Alltag vergleichsweise weniger häufiger angewendet. Hinsichtlich des Erlebens physischer Gewalt war auffällig, dass sich die Rate im Vergleich zur ersten Umfrage (81) auf ein Drittel reduziert hatte. Der Rückgang könnte auf die Befähigung des Personals zurückgeführt werden, Frühwarnsignale zu erkennen und durch Deeskalation eine Aggravation der Situation zu verhindern, wie es auch schon Gillespie et al. in ihrer Studie vermuteten (67). In den eigenen Studien zum Gewalterleben (81, 89) wurden unterschiedliche Fragebögen zur Quantifizierung der Gewalt angewendet, so dass die beobachtete Reduzierung auch auf das unterschiedliche Fragebogendesign zurückführbar sein könnte. Limitierend ist auch, dass beide Umfragen retrospektiv waren, so dass in beiden Studien von einem Erinnerungs- Bias ausgegangen werden muss, was ein prospektives Erfassungssystem zukünftig verbessern soll. Laut Phillips et al. können die meisten Interventionsstudien nach einem Trainingsprogramm eine größere Selbstsicherheit des Personals im Umgang mit aggressivem Verhalten nachweisen, aber keinen konkreten Rückgang des Auftretens von Gewalt belegen (90). Gillespie et al. und Fernandes et al. konnten dieses aber zumindest temporär über mehrere Monate zeigen (65, 66). Das Deeskalationsmanagement der Charité sieht eine eintägige „Auffrischungsschulung“ ein Jahr nach dem Basistraining vor, um

einen langzeitigen Erfolg der Maßnahme wahrscheinlicher zu machen. Ein weiterer Kritikpunkt der Studie ist, dass Ärzte in der Umfrage unterrepräsentiert waren und die Ergebnisse somit in erster Linie die Situation der Pflegekräfte widerspiegeln. Das Thema des Gewalterlebens im Bereich der Notfallmedizin spielt in Deutschland aber aktuell keineswegs nur in den Augen des Pflegepersonals eine Rolle. Petersen et al. befragten ca. 900 Teilnehmer einer Fachtagung für Anästhesie und Intensivmedizin im September 2015 zu ihrer Gewalterfahrung in der klinischen und präklinischen Notfallmedizin. Die klinische Notfallmedizin wurde nicht weiter aufgeschlüsselt bezüglich des konkreten Arbeitsplatzes. Jeder vierte Befragte hatte in den letzten 12 Monaten körperliche und 58 % verbale Gewalt erlitten. Die Autoren befürworten die Einarbeitung eines Deeskalationsprogramms in die Facharztausbildung (91). In der eigenen Studie (89) war auffällig, dass die personenbezogenen Maßnahmen zum Zeitpunkt der Befragung nur selten von infrastrukturellen-organisatorischen Maßnahmen begleitet wurden. Mittlerweile wurden Notrufsysteme etabliert und durch bauliche Veränderungen der Zugang zu den Notaufnahmen kontrollierbar gemacht. Ein Ablaufprozess zum Verhalten nach einem erlittenen Übergriff im Sinne der Fürsorge für den Mitarbeiter wurde formuliert und im Zentralen Qualitätsmanagement der Charité veröffentlicht.

4 Zusammenfassung und Ausblick

Das Erleben von verbaler und auch körperlicher Gewalt gehört zum Alltag der Beschäftigten in Notaufnahmen und ist ein internationales Problem, welches auch an der Charité bzw. in Deutschland manifest wird. Die retrospektiv erhobenen Zahlen an der Charité waren die ersten Daten zur Quantifizierung der arbeitsplatzbezogenen Gewalt in deutschen Notaufnahmen und entsprechen im Wesentlichen den internationalen Daten mit ihrer erschreckend hohen Inzidenz. Das Personal fühlt sich nicht ausreichend vorbereitet, eskalierende Situationen zu beherrschen, bzw. zu verhindern (81).

Die Ursachen für das häufige Gewalterfahren sind vielfältig. Neben primär nur patientenseitig zu verortenden Faktoren wie beispielsweise einer Intoxikation, können andere Faktoren eine Rolle spielen, die ebenso auf die Beschäftigten eskalierend wirken. Die regelmäßig vorkommenden Überfüllungssituationen der Notaufnahmen mit einem an der Grenze der Belastbarkeit arbeitendem Personal und langen Wartezeiten für die Patienten, stellen einen solchen Faktor dar. Wesentliche Ursachen der Überfüllungszustände, wie die erhöhte Inanspruchnahme durch eine fehlende Regulation im Gesundheitssystem oder ein verzögerter Abfluss in die stationäre Weiterbehandlung, liegen außerhalb der Notaufnahmen selbst und sind nicht durch diese allein lösbar (82). Gesundheitspolitisch empfohlene Maßnahmen zur Entlastung der klinischen Notfallversorgung wie die Umleitung von Patientenströmen sollten bezüglich ihrer Wirksamkeit und im Kontext der Patientensicherheit evaluiert werden (83).

Unzureichend strukturell geordnete Prozesse, wie zum Beispiel der Informationsgewinn von essentiellen Gesundheitsdaten, insbesondere der älteren, kognitiv eingeschränkten Patienten, belasten die Notaufnahmen. Sie verlängern die Behandlungszeit (84), was insbesondere in dieser vulnerablen Gruppe zu sekundären Komplikationen wie delirant- aggressiven Zuständen und somit zu einer Personalgefährdung führen kann. Verbesserungen im intersektoralen Informationsaustausch oder durch ein patientenzentriertes Notfalldatenmanagement könnten hier Abhilfe leisten.

In einer bundesweiten Umfrage zur Sicherheitsinfrastruktur wurde deutlich, dass sich nur jede Zweite der befragten Notaufnahmen mit dem Thema befasst, obwohl über 90 % der Führungskräfte Kenntnis von einem oder mehreren Gewalterlebnissen in ihren Bereich angaben.

In den Augen der leitenden Beschäftigten der Notaufnahmen erscheint insbesondere ein Deeskalationstraining für die Mitarbeiter eine sinnvolle personenbezogene Maßnahme, um die Inzidenz von Gewalt zu verringern, bzw. ihr zu begegnen. Auch infrastrukturelle, flankierende Maßnahmen und technische Lösungen werden als hilfreich erachtet. Nur ein Drittel der Befragten hält eine permanente Anwesenheit eines Sicherheitsdienstes für sinnvoll (85).

Auch wenn evidenzbasierte Ergebnisse zur Wirksamkeit der verschiedenen Maßnahmen zur Prävention von Gewalt auch aktuell (90) noch immer ausstehen, wurde als Konsequenz aus den erhobenen Daten zum Gewalterleben an der Charité (81) ein Deeskalationsmanagement etabliert. Dieses umfasst die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention von Gewalt und Aggression. Durch eine theoretische und praktische Schulung soll versucht werden, die Wahrnehmung der Mitarbeiter und insbesondere das Reaktionsmuster auf herausforderndes Verhalten durch deeskalierende Kommunikationstechniken zu verändern. Die Evaluation des Trainings erbrachte, dass die Absolventen ihren Zugewinn an Fähigkeiten in Konfliktsituationen als mittel bis hoch bewerteten und diese in der Praxis anwendeten (89).

Das Deeskalationstraining wird, nachdem Notaufnahmen und Psychiatrien bereits regelhaft geschult werden, gegenwärtig auf alle Bereiche der Charité mit Patientenversorgung ausgeweitet. Hierzu werden weitere Trainer als Multiplikatoren ausgebildet. An den drei Notaufnahmen der Charité am Campus Virchow- Klinikum wurde zwischenzeitlich in den Hauptbelastungszeiten (Wochenende) sowie zu Spät- und Nachtdienstzeiten ein in zivil gekleideter Personenschützer eingesetzt, um das Personal bei missglückter Deeskalation abzusichern bis die Polizei eintrifft. Neben Informationstafeln im Wartebereich, die den Patienten und Angehörigen Auskunft geben zum Ablauf der Behandlung in der Notaufnahme, wurden Schließsysteme etabliert und ein Notrufbutton an den Bereichstelefonen der Pflegekräfte installiert, über die kollegiale Ersthilfe gerufen werden kann.

Die Auswirkungen insbesondere eines wiederholten Gewalterlebens am Arbeitsplatz können für die Betroffenen, aber auch die Krankenversorgung gravierend sein (19, 71-73, 92). Als ein

wesentlicher Faktor wurde daher auch ein Standardvorgehen für die Nachbetreuung von Gewaltopfern formuliert. In diesem ist neben der kollegialen Ersthilfe bei entsprechendem Wunsch eine psychologische Nachbetreuung organisiert. Um eine Unterschätzung des Problems zu vermeiden und nicht weiter auf retrospektiv erfasste Daten zurückgreifen zu müssen, sollte zukünftig ein niederschwellig zugängliches Meldesystem für gewalttätige Übergriffe etabliert werden. Anzustreben ist eine Befragung der Patienten und Angehörigen über die durch sie wahrgenommenen Gründe möglicher Konflikte während ihrer Behandlung in den Notaufnahmen, um daraus weitere, sinnvolle Interventionen ableiten zu können. Um eine internationale Vergleichbarkeit der verschiedenen Methoden zur Gewaltprävention zu ermöglichen, sollten zukünftig Begriffe im Kontext des Themas einheitlich definiert und die Interventionen bzw. die Studienmethodik angepasst werden (90).

Das Leitbild der Notaufnahmen wurde ergänzt um den Satz: *„Unsere Notaufnahmen sollen ein sicherer Arbeitsplatz für unsere Mitarbeiter sein. Physische und psychische Verletzungen unserer Mitarbeiter und auch der von uns betreuten Patienten sollen verhindert werden.“* (93).

5 Literaturangaben

1. Drummond DJ, Sparr LF, Gordon GH. Hospital violence reduction among high-risk patients. *JAMA*. 1989;261(17):2531-4.
2. Ganzini L, Edwards P, Surkan PJ, Drummond DJ. Characteristics of violent elderly in the emergency department. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1995;10(11):945-50.
3. Pane GA, Winiarski AM, Salness KA. Aggression directed toward emergency department staff at a university teaching hospital. *Ann Emerg Med*. 1991;20(3):283-6.
4. May DD, Grubbs LM. The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *J Emerg Nurs*. 2002;28(1):11-7.
5. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Ann Emerg Med*. 2005;46(2):142-7.
6. Behnam M, Tillotson RD, Davis SM, Hobbs GR. Violence in the Emergency Department: A National Survey of Emergency Medicine Residents and Attending Physicians. *The Journal of Emergency Medicine*. 2011;40(5):565-79.
7. Gates DM, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. *J Emerg Med*. 2006;31(3):331-7.
8. Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore CF, Christenson JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *Cmaj*. 1999;161(10):1245-8.
9. Rose M. A survey of violence toward nursing staff in one large Irish Accident and Emergency Department. *J Emerg Nurs*. 1997;23(3):214-9.
10. Ryan D, Maguire J. Aggression and violence - a problem in Irish Accident and Emergency departments? *J Nurs Manag*. 2006;14(2):106-15.
11. Estry-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM, et al. Violence risks in nursing--results from the European 'NEXT' Study. *Occup Med (Lond)*. 2008;58(2):107-14.
12. Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accid Emerg Nurs*. 2004;12(2):67-73.
13. Ferns T. Violence in the accident and emergency department--an international perspective. *Accid Emerg Nurs*. 2005;13(3):180-5.
14. Jenkins MG, Rocke LG, McNicholl BP, Hughes DM. Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland. *J Accid Emerg Med*. 1998;15(4):262-5.
15. Hahn S, Zeller A, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 2008;13(6):431-41.
16. Nikathil S, Olaussen A, Gocentas RA, Symons E, Mitra B. Review article: Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta analysis. *Emerg Med Australas*. 2017;29(3):265-75.
17. James A, Madeley R, Dove A. Violence and aggression in the emergency department. *Emerg Med J*. 2006;23(6):431-4.
18. Nikathil S, Olaussen A, Symons E, Gocentas R, O'Reilly G, Mitra B. Increasing workplace violence in an Australian adult emergency department. *Emerg Med Australas*. 2018; 30: 181–186.
19. Knowles E, Mason SM, Moriarty F. 'I'm going to learn how to run quick': exploring violence directed towards staff in the Emergency Department. *Emerg Med J*. 2013;30(11):926-31.

-
20. Spector PE, Zhou ZE, Che XX. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51(1):72-84.
 21. Singler K, Christ M, Sieber C, Gosch M, Heppner HJ. Geriatrische Patienten in Notaufnahme und Intensivmedizin. *Der Internist*. 2011;52(8):934.
 22. Singler K, Dormann H, Dodt C, Heppner HJ, Püllen R, Burkhardt M, et al. Der geriatrische Patient in der Notaufnahme. *Notfall + Rettungsmedizin*. 2016;19(6):496-9.
 23. Singler K, Thiem U, Christ M, Zenk P, Biber R, Sieber CC, et al. Aspects and assessment of delirium in old age. First data from a German interdisciplinary emergency department. *Z Gerontol Geriatr*. 2014;47(8):680-5.
 24. Groening M, Grossmann F, Hilmer T, Schuster S, Singler K, Somasundaram R, et al. ÄLPANO—erste Ergebnisse der DGINA-Umfrage zur Versorgung älterer Notfallpatienten. *Notf+ Rettungsmed*18 (Suppl1). 2015;13.
 25. Biber R, Bail HJ, Sieber C, Weis P, Christ M, Singler K. Correlation between age, emergency department length of stay and hospital admission rate in emergency department patients aged ≥ 70 years. *Gerontology*. 2013;59(1):17-22.
 26. Dormann H, Sonst A, Muller F, Vogler R, Patapovas A, Pfistermeister B, et al. Adverse drug events in older patients admitted as an emergency: the role of potentially inappropriate medication in elderly people (PRISCUS). *Dtsch Arztebl Int*. 2013;110(13):213-9.
 27. Han JH, Wilber ST. Altered mental status in older patients in the emergency department. *Clin Geriatr Med*. 2013;29(1):101-36.
 28. Lau JB, Magarey J, Wiechula R. Violence in the emergency department: an ethnographic study (part II). *Int Emerg Nurs*. 2012;20(3):126-32.
 29. Luck L, Jackson D, Usher K. Innocent or culpable? Meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence. *J Clin Nurs*. 2008;17(8):1071-8.
 30. Pawlin S. Reporting violence. *Emerg Nurse*. 2008;16(4):16-21.
 31. Astrom S, Bucht G, Eisemann M, Norberg A, Saveman BI. Incidence of violence towards staff caring for the elderly. *Scand J Caring Sci*. 2002;16(1):66-72.
 32. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med*. 2004;61(6):495-503.
 33. Angland S, Dowling M, Casey D. Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*. 2014;22(3):134-9.
 34. Morphet J, Griffiths D, Plummer V, Innes K, Fairhall R, Beattie J. At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. *Aust Health Rev*. 2014;38(2):194-201.
 35. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang LJ, Han W, et al. Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Ann Emerg Med*. 2013;61(6):605-11 e6.
 36. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med*. 2000;35(1):63-8.
 37. Medley DB, Morris JE, Stone CK, Song J, Delmas T, Thakrar K. An association between occupancy rates in the emergency department and rates of violence toward staff. *J Emerg Med*. 2012;43(4):736-44.
 38. Taylor JL, Rew L. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *J Clin Nurs*. 2011;20(7-8):1072-85.
 39. Anderson L, FitzGerald M, Luck L. An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. *J Clin Nurs*. 2010;19(17-18):2520-30.
 40. Kowalenko T, Cunningham R, Sachs CJ, Gore R, Barata IA, Gates D, et al. Workplace Violence in Emergency Medicine: Current Knowledge and Future Directions. *The Journal of Emergency Medicine*. 2012;43(3):523-31.
-

-
41. Ordog GJ, Wasserberger J, Ordog C, Ackroyd G, Atluri S. Violence and general security in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 1995;2(2):151-4.
 42. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *J Nurs Adm.* 2009;39(7-8):340-9.
 43. Gillespie GL, Gates DM, Miller M, Howard PK. Emergency department workers' perceptions of security officers' effectiveness during violent events. *Work.* 2012;42(1):21-7.
 44. Gramling JJ, McGovern PM, Church TR, Nachreiner NM, Gaugler JE. Effectiveness of Conducted Electrical Weapons to Prevent Violence-Related Injuries in the Hospital. *Journal of Emergency Nursing.* 2018; 44(3):249-257.
 45. Ho JD, Clinton JE, Lappe MA, Heegaard WG, Williams MF, Miner JR. Introduction of the conducted electrical weapon into a hospital setting. *J Emerg Med.* 2011;41(3):317-23.
 46. Lefton C. The TASERs Are Coming, the TASERs Are Coming—Conducted Electrical Weapons: Tools to Manage and Prevent ED Violence? *Journal of Emergency Nursing.* 2014;40(2):174-6.
 47. Malka ST, Chisholm R, Doehring M, Chisholm C. Weapons Retrieved After the Implementation of Emergency Department Metal Detection. *The Journal of Emergency Medicine.* 2015;49(3):355-8.
 48. Meyer T, Wrenn K, Wright SW, Glaser J, Slovis CM. Attitudes toward the use of a metal detector in an urban emergency department. *Ann Emerg Med.* 1997;29(5):621-4.
 49. Lenaghan PA, Cirrincione NM, Henrich S. Preventing Emergency Department Violence through Design. *Journal of Emergency Nursing.* 2018;44(1):7-12.
 50. Carlowe J. Screens to update patients in emergency departments about their progress can help to reduce aggression. *Bmj.* 2011;343:d7487.
 51. Ray MM. The dark side of the job: violence in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 2007;33(3):257-61.
 52. Gates D, Gillespie G, Smith C, Rode J, Kowalenko T, Smith B. Using Action Research to Plan a Violence Prevention Program for Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing.* 2011;37(1):32-9.
 53. Stene J, Larson E, Levy M, Dohlman M. Workplace violence in the emergency department: giving staff the tools and support to report. *Perm J.* 2015;19(2):e113-7.
 54. Ashton RA, Morris L, Smith I. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *Int Emerg Nurs.* 2018.
 55. American Organization of Nurse E, Emergency Nurses A. AONE and ENA Develop Guiding Principles on Mitigating Violence in the Workplace. *J Emerg Nurs.* 2015;41(4):278-80.
 56. Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B, Lumini E, Rasero L. Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches. *Open Access Emerg Med.* 2016;8:17-27.
 57. Kelley EC. Reducing Violence in the Emergency Department: A Rapid Response Team Approach. *Journal of Emergency Nursing.* 2014;40(1):60-4.
 58. Cowin L, Davies R, Estall G, Berlin T, Fitzgerald M, Hoot S. De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *Int J Ment Health Nurs.* 2003;12(1):64-73.
 59. Gerdtz MF, Daniel C, Dearie V, Prematunga R, Bamert M, Duxbury J. The outcome of a rapid training program on nurses' attitudes regarding the prevention of aggression in emergency departments: A multi-site evaluation. *International journal of nursing studies.* 2013;50(11):1434-45.
 60. Hallett N, Dickens GL. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International Journal of Nursing Studies.* 2017;75:10-20.
 61. Heckemann B, Zeller A, Hahn S, Dassen T, Schols JMGA, Halfens RJG. The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse Education Today.* 2015;35(1):212-9.
 62. Rintoul Y, Wynaden D, McGowan S. Managing aggression in the emergency department: Promoting an interdisciplinary approach. *International Emergency Nursing.* 2009;17(2):122-7.
-

-
63. Kotora JG, Clancy T, Manzon L, Malik V, Loudon RJ, Merlin MA. Active shooter in the emergency department: a scenario-based training approach for healthcare workers. *Am J Disaster Med.* 2014;9(1):39-51.
 64. Wong AH, Wing L, Weiss B, Gang M. Coordinating a Team Response to Behavioral Emergencies in the Emergency Department: A Simulation-Enhanced Interprofessional Curriculum. *West J Emerg Med.* 2015;16(6):859-65.
 65. Fernandes CM, Raboud JM, Christenson JM, Bouthillette F, Bullock L, Ouellet L, et al. The effect of an education program on violence in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2002;39(1):47-55.
 66. Gillespie GL, Gates DM, Mentzel T, Al-Natour A, Kowalenko T. Evaluation of a Comprehensive ED Violence Prevention Program. *Journal of Emergency Nursing.* 2013;39(4):376-83.
 67. Gillespie GL, Gates DM, Kowalenko T, Bresler S, Succop P. Implementation of a Comprehensive Intervention to Reduce Physical Assaults and Threats in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing.* 2014;40(6):586-91.
 68. Gillespie GL, Farra SL, Gates DM. A workplace violence educational program: A repeated measures study. *Nurse Education in Practice.* 2014;14(5):468-72.
 69. Ohlbrecht H, Bartel S, von Kardorff E, Streibelt M. Gewalt in der Notaufnahme. *Prävention und Gesundheitsförderung.* 2008;4(1):7.
 70. Wehler M, Weldert G, Händl T. Konfliktherd Notaufnahme. *Notfall + Rettungsmedizin.* 2011;14(5):367.
 71. Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Soc Sci Med.* 2001;52(3):417-27.
 72. Pich J, Hazelton M, Sundin D, Kable A. Patient-related violence against emergency department nurses. *Nurs Health Sci.* 2010;12(2):268-74.
 73. Wolf LA, Delao AM, Perhats C. Nothing Changes, Nobody Cares: Understanding the Experience of Emergency Nurses Physically or Verbally Assaulted While Providing Care. *Journal of Emergency Nursing.* 2014;40(4):305-10.
 74. Benveniste KA, Hibbert PD, Runciman WB. Violence in health care: the contribution of the Australian Patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis. *Med J Aust.* 2005;183(7):348-51.
 75. Camerino D, Estryng-Behar M, Conway PM, van Der Heijden BI, Hasselhorn HM. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(1):35-50.
 76. Hassankhani H, Parizad N, Gacki-Smith J, Rahmani A, Mohammadi E. The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing.* 2018;39:20-25.
 77. Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B. Violence against nurses in the triage area: An Italian qualitative study. *International Emergency Nursing.* 2015;23(4):274-80.
 78. Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. A Survey of Violence Against Staff Working in the Emergency Department in Ankara, Turkey. *Asian Nursing Research.* 2011;5(4):197-203.
 79. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung [Internet]. 2018. Abrufbar von: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf. Zuletzt besucht: 15.12.2021.
 80. Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, Mackinnon NJ, Kovacs G. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf.* 2011;20(7):564-9.
 81. Lindner T, Joachim R, Bieberstein S, Schiffer H, Möckel M, Searle J. Aggressives und herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal. *Notfall + Rettungsmedizin.* 2015;18(3):195-200.
 82. Searle J, Muller R, Slagman A, Schäfer C, Lindner T, Somasundaram R, et al. Überfüllung der Notaufnahmen. *Notfall + Rettungsmedizin.* 2015;18(4):306-15.
-

-
83. Lindner T, Campione A, Mockel M, Henschke C, Dahmen J, Slagman A. Direct admission of patients to doctors' offices by prehospital emergency services-an effective method to relieve emergency departments? *Med Klin-Intensivmed*. 2021; Sept: 1-10 (online, vor Druck)
 84. Lindner T, Slagman A, Senkin A, Mockel M, Searle J. Medical History of Elderly Patients in the Emergency Setting: Not an Easy Point-of-Care Diagnostic Marker. *Emerg Med Int*. 2015;2015:490947.
 85. Frick J, Slagman A, Lomberg L, Searle J, Möckel M, Lindner T. Sicherheitsinfrastruktur in deutschen Notaufnahmen. *Notfall + Rettungsmedizin*. 2016;19(8):666-70.
 86. Deans C. The effectiveness of a training program for emergency department nurses in managing violent situations. *Aust J Adv Nurs*. 2004;21(4):17-22.
 87. Gerdtz MF, Daniel C, Dearie V, Prematunga R, Bamert M, Duxbury J. The outcome of a rapid training program on nurses' attitudes regarding the prevention of aggression in emergency departments: a multi-site evaluation. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(11):1434-45.
 88. Kling RN, Yassi A, Smailes E, Lovato CY, Koehoorn M. Evaluation of a violence risk assessment system (the Alert System) for reducing violence in an acute hospital: A before and after study. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48(5):534-9.
 89. Frick J, Slagman A, Möckel M, Searle J, Stemmler F, Joachim R, et al. Erleben von aggressivem Verhalten in der Notaufnahme nach Etablierung eines Deeskalationstrainings. *Notfall + Rettungsmedizin*. 2018;21(5):349-56.
 90. Phillips JP. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *N Engl J Med*. 2016;375(7):e14.
 91. Petersen S, Scheller B, Wutzler S, Zacharowski K, Wicker S. [Aggression and subjective risk in emergency medicine : A survey]. *Anaesthesist*. 2016;65(8):580-4.
 92. Lindner T, Weissenberger G, Hottenbacher L, Möckel M. Ursachen und Auswirkungen von Gewalt in der Notfallmedizin. *Notfall + Rettungsmedizin*. 2020; 24:115–118.
 93. Möckel M. Leitbild Notfallmedizin, Charité- Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte und Campus Virchow Klinikum [Internet]. 2018. Abrufbar von: <https://notfallmedizin-nord.charite.de/ueber/die-notfallmedizin-ccm-und-cvk/leitbild/>. Zuletzt besucht: 18.12.2021.

Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Univ.- Prof Dr. med. Martin Möckel für seine vielfältige Unterstützung seit Beginn meiner Tätigkeit im Bereich der Notfall- und Akutmedizin. Er inspirierte mich und schaffte die notwendigen Freiräume, die es mir ermöglichten, mich nach meinem Übergang aus der Unfallchirurgie auch wissenschaftlich neu zu orientieren, um das nie aus den Augen verlorene Ziel der Habilitation zu erreichen.

Zutiefst möchte ich mich auch bei meinem Doktorvater Herrn Univ.- Prof. Dr. med. Michael Raschke bedanken, unter dessen Anleitung und Förderung mein wissenschaftliches und klinisches Arbeiten in der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie unter dem Direktorat von Herrn Univ. Prof. Dr. med. Dr. h.c. Norbert Haas, dem ich ebenso sehr danke, begann. In diesen „unfallchirurgischen Lehrjahren“ unterstützte mich, neben vielen hier namentlich Ungenannten, im Besonderen auch Herr Prof. Dr. med. Hermann Bail, der mein spezielles Interesse an der unfallchirurgischen Notfallversorgung weckte und meinen weiteren beruflichen Weg so entscheidend mitprägte.

Bedanken muss und möchte ich mich bei den Kolleg:innen des Bereiches Notfall- und Akutmedizin für Ihre kritische Prüfung sowie tatkräftige Unterstützung bei der Planung, Durchführung und Auswertung meiner Arbeiten, sowie bei den Kolleg:innen anderer Fachgebiete, mit denen ich gemeinsame Projekte durchführte, bzw., die mich an Ihren Projekten mitarbeiten und teilhaben ließen.

Mein allergrößter Dank gilt meiner Frau Anne und meinen drei Töchtern Stella, Sarah und Eva sowie meinen Eltern für jahrelange Unterstützung und Verständnis, außerdem meinen Freunden und langjährigen Wegbegleitern Arno Schmeling, Dietmar Jacob und Jens Walldorf.

Erklärung

§ 4 Abs. 3 (k) der HabOMed der Charité

Hiermit erkläre ich, dass

- weder früher noch gleichzeitig ein Habilitationsverfahren durchgeführt oder angemeldet wurde,
- die vorgelegte Habilitationsschrift ohne fremde Hilfe verfasst, die beschriebenen Ergebnisse selbst gewonnen sowie die verwendeten Hilfsmittel, die Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlern/Wissenschaftlerinnen und mit technischen Hilfskräften sowie die verwendete Literatur vollständig in der Habilitationsschrift angegeben wurden,
- mir die geltende Habilitationsordnung bekannt ist.

Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

.....
Datum

.....
Unterschrift